ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

Бочкова Юлия Юрьевна

РОЛЬ АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

19.00.04 – медицинская психология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
доктор психологических наук
Реверчук И. В.

Ижевск - 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……..4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ РОЛИ АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ…….13
1.1. Роль агрессивности в регуляции межличностных отношений……...13
1.2. Агрессивность при психических и соматических расстройствах…….23
1.3. Особенности агрессивности при шизофрении……...28
1.4. Роль агрессивности в межличностных отношениях при шизофрении……32
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ……..…….38
2.1. Методы исследования и методология……..38
2.2. Описание выборки…….42
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ……..46
3.1. Результаты исследования структуры агрессии……46
3.2. Результаты психодиагностики поведенческих агрессивных тенденций и склонности к агрессивному поведению ……...…….58
3.3. Результаты психодиагностики мотивационной сферы …….……65
3.4. Результаты исследования типов реализации агрессии …...……...…75
3.5. Типы реализации агрессии у больных шизофренией……...…….……80
3.6. Взаимосвязь биологических, социальных, психологических характеристик и типов функционирования внешней границы Я в группах больных шизофренией и здоровых индивидов с различным уровнем деструктивности……..…88
3.7. Обсуждение результатов…….…….117
3.8. Практические рекомендации……..124

ВЫВОДЫ……127
ЗАКЛЮЧЕНИЕ…….....130
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…….....138
ПРИЛОЖЕНИЕ……...161

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Исследование психологических особенностей больных шизофренией имеет большую социальную значимость (Войтенко Р.М., 2002). Социальная дезадаптация при шизофрении, влекущая за собой инвалидизацию трудоспособных в физическом плане лиц, ведет к огромным экономическим затратам общества (Валинуров Р.Г. с соавт., 2003). Бремя шизофрении включает такие составляющие, как прямые затраты (медицинские, непосредственно относящиеся к обеспечению биопсихосоциального лечения и реабилитации в различных условиях, и немедицинские – в связи с профессиональным уходом за больным); непрямые или социальные потери государства, работодателя или семьи больного в связи с временной или постоянной нетрудоспособностью (безработица, инвалидность) последнего, потерянный доход государства и семьи в связи с опекой больного близкими, а также такие последствия шизофрении как бездомность, нагрузка на правоохранительные органы и судебную систему в связи с общественно опасными деяниями больных (Любов Е. Б., 2012).

Экспериментальное изучение агрессии человека связано с определенными трудностями: этические ограничения, сложности механизмов агрессии. Это приводит к тому, что большинство психологических исследований агрессивности имеют судебно-психологическую направленность. При этом агрессивное поведение изучается часто посредством внешних оценок, что, безусловно, отражает его социальную значимость, но не его внутренние мотивы.

Достаточно большое количество психологических исследований агрессии, агрессивности больных шизофренией имеют судебно-психологическую направленность и посвящены проблеме совершения общественно опасных деяний (ООД) больными (Соловьева С. Л., 1996; Васильева Н. В., 1998; Кудрявцев И. А., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Ситковская О. Д., 1989; Коченов М. М., 1991; Ратинов Н. А., 2000, 2001; Сафуанов Ф. С., 2002, 2003; Калашникова А. С.,

2010; Булыгина В. Г., 2015). При этом глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии и его роль в динамике межличностных отношений при шизофрении остается недостаточно изученным. Вместе с тем, в психологических исследованиях агрессия часто является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня. Ряд авторов психодинамического направления отмечают, что у больных шизофренией имеет место незрелость психической структуры, затрудняющая защиту от собственных деструктивных импульсов (Nunberg H., 1921; Reik T., 1927; Rosenfeld H., 1947; Klein M., 1930,1946; Zilboorg G., I93I; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Bak R., 1954; Spotnitz H., 1961).

Проблема деструктивности больных шизофренией является актуальной и в исследованиях в рамках комплексного биопсихосоциального подхода. В настоящее время обоснована принадлежность агрессивности к свойствам личности (Соловьева С. Л., 1996). Выделяют конструктивную (социализированную), деструктивную (тенденцию к разрушению объекта, разрыву отношений) и дефицитарную (направленную вовнутрь Я-структуры) агрессию (Аммон Г., 1980; Соловьева С. Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003). Многие авторы отмечают, что для больных шизофренией характерна высокая деструктивная и дефицитарная составляющие агрессии (Аммон Г., 1980; Соловьева С. Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003). Патологическая структура личности больных шизофренией затрудняет процесс социализации агрессивных тенденций (Соловьева С. Л., 1996). Предполагается, что психологическая коррекция дезадаптивных форм агрессивного поведения должна быть направлена на замену деструктивных и дефицитарных вариантов реагирования социализированными, конструктивными формами реализации агрессии (Аммон Г., 1980; Соловьева С. Л., 1996; Очерки динамической психиатрии, 2003; Бабин С. М., 2006). Необходимо снижение дефицитарных компонентов агрессии больных шизофренией, наряду с терапевтической проработкой переживаний и поведения с постепенным принятием и

закреплением собственной позитивной активности, восстановлением способности переносить фрустрацию и агрессию (Бабин С. М., 2006).

Необходимо отметить, что термин «деструктивная агрессия» несет в себе не только социально-негативный смысл, но и в ряде случаев социально-позитивный смысл. Проявляясь на фоне высокого конструктивного потенциала, деструктивная агрессия может иметь и адаптивное качество, реализовываясь в виде самозащиты от агрессии со стороны других людей, позитивного изменения жизненной ситуации, достижения целей, создания новых проектов, реализация которых требует отвергания или преодоления устаревших догм (Очерки динамической психиатрии, 2003).

Кроме того, агрессивность как свойство личности играет роль в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности, установлению продуктивных межличностных контактов, адаптации к окружающему миру (Соловьева С. Л., 1996). При этом восприятие собственной агрессивности и ее влияния на продуктивность, конструктивность межличностных отношений у больных шизофренией не исследовалось.

Таким образом, дальнейшее развитие указанных научных разработок с углублением и расширением проблематики деструктивности больных шизофренией, исследование восприятия больными шизофренией собственной деструктивности и отношения к ней, влияния восприятия собственной деструктивности на продуктивность межличностного взаимодействия может быть полезным в психокоррекционной и психотерапевтической практике. В этой связи очевидна актуальность исследования проблемы деструктивности больных шизофренией, ее роли в процессе межличностного взаимодействия.

Цель исследования — выявление роли агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией.

Объект исследования — индивидуально-психологические особенности больных шизофренией.

Предмет исследования — роль агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией.

Гипотезы исследования:

1. У больных шизофренией затруднена способность дифференцировать проявления собственной агрессии в переживаниях, мыслях, поведении.

2. При проекции собственной агрессии у больных шизофренией усиливается пассивность, склонность к формализации деятельности, у здоровых индивидов — усиливаются аутоагрессивные тенденции, связанные с чувством вины.

3. На конструктивность межличностного взаимодействия при схожих особенностях принятия собственной деструктивности у больных шизофренией и у здоровых индивидов влияют различные факторы: у больных шизофренией — функционирование внутренних границ, у здоровых индивидов — особенности нарциссизма как структурной личностной составляющей (целостное приятие себя, позитивное представление о себе, реалистичность принятия себя, ощущение собственной значимости).

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ подходов к изучению агрессивности, деструктивности;

2. Изучить структуру агрессивности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты) у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания и у психически здоровых индивидов;

3. Изучить поведенческие тенденции, усиливающие вероятность проявления агрессии в поведении, и склонность к агрессивному поведению у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания и у психически здоровых индивидов;

4. Изучить особенности мотивационных склонностей и особенностей регуляции агрессивности на мотивационном уровне у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания и у психически здоровых индивидов;

5. Изучить формы реализации агрессии (конструктивную, деструктивную, дефицитарную) у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания и у психически здоровых индивидов;

6. Изучить типы реализации агрессии;

7. Определить взаимосвязь биологических, психологических и социальных характеристик с конструктивным функционированием межличностных границ в группах больных шизофренией и в группах психически здоровых индивидов с различным уровнем деструктивности;

8. Выделить мишени психокоррекционных воздействий при шизофрении.

Теоретико-методологические основания исследования:

1) биопсихосоциальная модель психической патологии (Коцюбинский А. П., 2002; Кабанов М. М., 2003; Незнанов Н. Г., 2003);
2) концепция динамической психиатрии Г. Аммона (1980);

Методы исследования:

1) клинико-психологический (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса);

2) психометрический (опросник Басса-Перри, Hand-тест, тест Сонди, Я-структурный тест Аммона);

3) математико-статистический. Полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 11.0.1) методами математической статистики. Применялись U критерий Манна-Уитни (для анализа различий средних значений), коэффициент корреляции Спирмана, коэффициент сопряженности Пирсона, регрессионный анализ, иерархический кластерный анализ, кластерный анализ по методу к-средних.

Положения, выносимые на защиту:

1. Отличительным признаком больных шизофренией является низкая согласованность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов агрессии. Для больных шизофренией с продолжительностью заболевания более пяти лет характерна низкая дифференцированность компонентов агрессии. У

мужчин с продолжительным течением заболевания затруднена способность дифференцировать проявления собственной агрессии в переживаниях и мыслях, у женщин — в переживаниях и поведении.

2. При проекции собственной агрессии у больных шизофренией усиливается пассивность, склонность к формализации деятельности, у здоровых индивидов — усиливаются аутоагрессивные тенденции, связанные с чувством вины.

3. На конструктивность межличностного взаимодействия при схожих особенностях принятия собственной деструктивности у больных шизофренией и у здоровых индивидов влияют различные факторы: у больных шизофренией — функционирование внутренних границ, у зоровых индивидов — особенности нарциссизма как структурной личностной составляющей (целостное приятие себя, позитивное представление о себе, реалистичность принятия себя, ощущение собственной значимости). Для больных шизофренией с низким уровнем деструктивности наиболее значимой для формирования конструктивных межличностных границ является ориентированность на межличностное взаимодействие и сформированность коммуникативных навыков. Для больных шизофренией с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными, – уровень развития основных функций личностной структуры, наличие стремления к сохранению симбиотических отношений. Для больных шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию – уровень развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. Для больных шизофренией с высоким уровнем деструктивности – способность к разрядке эмоционального напряжения.

Выборка составила 203 испытуемых от 18 до 64 лет. Экспериментальные группы составили 102 больных параноидной шизофренией (40 мужчин, 62 женщины) от 18 до 64 лет, находящихся на стационарном лечении в БУЗ и СПЭ «РКПБ МЗ УР». Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлись: наличие в качестве основного клинического диагноза параноидной шизофрении (F-20.006 по МКБ-10).

Больные обследовались в состоянии ремиссии (медикаментозной ремиссии). Критериями исключения пациентов из исследования были: нозологическая неоднозначность в психиатрическом диагнозе, наличие клинически и клинико-психологически выявляемых признаков психотической дезорганизации психической деятельности испытуемых, отказ от исследования.

Сравнение проводилось с контрольными группами психически здоровых индивидов, в которые вошел 101 человек (41 мужчина и 60 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 32 года), не страдающих психическими и неврологическими расстройствами.

Новизна исследования. Изучены компоненты агрессии (когнитивный, поведенческий, эмоциональный) у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания в сопоставлении с показателями психически здоровых иидивидов.

Изучены особенности регуляции деструктивного влечения у больных шизофренией и у психически здоровых индивидов.

Получены новые данные о формах реализации агрессии (конструктивной, деструктивной, дефицитарной) в зависимости от биопсихосоциальных характеристик.

Впервые проведено исследование взаимосвязи деструктивности и межличностных границ у больных шизофренией в сопоставлении с теми же показателями в условиях психического здоровья.

Впервые исследована роль принятия собственной деструктивности в функционировании межличностных границ больных шизофренией.

Впервые было выявлено, что у больных шизофренией и у психически здоровых индивидов с низким уровнем деструктивности (с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными/ с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию/ с высоким деструктивности) конструктивное функционирование межличностных границ связано с различными факторами.

Выявлены психологические характеристики больных шизофренией наиболее значимые для формирования конструктивных межличностных границ. У больных шизофренией с низким уровнем деструктивности - степень ориентированности на межличностное взаимодействие и сформированность коммуникативных навыков. У больных шизофренией с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными, – уровень развития основных функций личностной структуры, наличие стремления к сохранению симбиотических отношений. У больных шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию – уровень развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. В группе с высоким уровнем деструктивности – способность к разрядке эмоционального напряжения.

Выработаны практические рекомендации для психокоррекционной работы с больными шизофренией.

Теоретическая значимость работы. Подтверждено представление о шизофрении как о полиэтиологическом заболевании, на которое оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы. Результаты исследования расширяют современные научные представления об индивидуально-психологических особенностях больных шизофренией, изменениях их личности, адаптационных и компенсаторных реакциях, направленных на поддержание оптимального динамического равновесия между организмом и средой, что является важным вкладом в понимание роли психологических факторов в развитии, течении шизофрении. Дополнены представления об особенностях агрессивности при шизофрении.

Практическая значимость работы. Результаты исследования могут выступать в качестве научного обоснования для разработки психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий для больных с шизофренией.

Результаты исследования могут быть использованы для составления профилактических гендерно-ориентированных психокоррекционных программ, целью которых является предотвращение агрессивного и аутоагрессивного поведения больных шизофренией.

Теоретический и практический материал работы может быть использован в учебных программах ВУЗов по дисциплинам «медицинская психология», «психиатрия», «психотерапия», «психология агрессивности».

Этапы исследования. На первом этапе — теоретико-поисковом (2012 — 2013 г.г.) — был осуществлен анализ отечественной и зарубежной научной литературы, диссертационных работ по теме исследования. В результате были сформулированы проблема и гипотеза исследования, разработана программа исследования.

На втором этапе — опытно-экспериментальном (2013—2019 г.г.) — осуществлялся сбор эмпирического материала. Были проведены анализ и обобщение полученных результатов экспериментального исследования.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечивается теоретико-методологическим обоснованием эмпирического исследования, репрезентативностью выборки, разносторонним анализом литературы по проблематике исследования, выбором методов, адекватных целям и задачам исследования, использованием хорошо зарекомендованного в клинической практике психодиагностического инструментария, сочетанием количественного и качественного анализа полученных результатов, выбором адекватных целям и задачам исследования статистических методов обработки данных.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения исследования докладывались на заседаниях кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Материалы диссертации отражены в 23 опубликованных научных работах, среди которых 4 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для опубликования основных результатов диссертационных исследований.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ РОЛИ АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

1.1. Роль агрессивности в регуляции межличностных отношений

Проблема агрессии, агрессивности и агрессивного поведения человека разрабатывается исследователями различных наук: психологии, педагогики, психиатрии, социологии, криминологии, антропологии, биологии, этологии и т.д.

Исследованием агрессии, агрессивности и агрессивного поведения в отечественной психологии занимались: Н. Д. Левитов, 1972; Л. М. Семенюк, 1996, А.А. Ратинова, 1989; О.Д. Ситковская, 1989; А. А. Реан, 1996; С.Л. Соловьева, 1996; Васильева Н. В., 1998; С. Н. Ениколопов, 2010. В зарубежной психологической науке – З. Фрейд, 1920; Д. Доллард, 1939; Н. Миллер, 1941; А. Фрейд, 1949; Д. Винникотт, 1950, 1955; П. Хайманн, 1952; М. Балинт, 1952; Г. Салливан, 1953; Р. Шпиц, 1953; А. Басс 1957; А Бандура, 1973, 1983; М. Малер, 1981; Л. Берковиц, 1983; Р. Бэрон, Д. Ричардсон. 2001 и др.

Рассмотрим некоторые определения агрессивности. Агрессивность, согласно К. К. Платонову (1986), - это психическое явление, выражающееся в стремлении к насильственным действиям в межличностных отношениях (Платонов К. К., 1986).

С позиции А. А. Ратинова и О. Д. Ситковской (1989), агрессивность - это своеобразная позиционная направленность личности, характерными особенностями которой является наличие деструктивных тенденций и выбора преимущественно насильственных средств для достижения своей цели (Ратинов А. Р., Ситковская О. Д., 1989).

П. А. Ковалев (1996) определяет агрессивность как устойчивый набор личностных качеств, который способствует совпадению потребности и цели насильственного поведения (Ковалев П. А., 1996).

По мнению А. А. Реана (1996), агрессивность – это готовность к агрессивным действиям в отношении другого, которая обеспечивает готовность личности воспринимать и интерпретировать поведение другого соответствующим образом (Реан А.А., 1996).

С. Н. Ениколопов (2010) под агрессивностью понимает комплексное психологическое образование, детерминирующее, направляющее и обеспечивающее реализацию агрессивного поведения (Ениколопов С. Н., 2010). Под комплексностью автор понимает включение взаимосвязанных элементов эмоционально-волевой и ценностно-нормативной сферы.

С. Л. Соловьева (1996 г.) рассматривает агрессивность как системное социально-психологическое свойство личности, заключающееся в тенденции к совершению агрессивных действий, формирующееся в процессе социализации под влиянием специфических социальных воздействий, таких, в частности, как особенности воспитания и социального окружения, когда биологические факторы оказывают свое воздействие опосредованно, выступая в качестве «почвы» для развития формирующих агрессивность психологических характеристик, и характеризующееся определенной структурно-функциональной организацией (Соловьева, С. Л., 1996). Согласно автору, внутренняя структура агрессивности включает когнитивные, эмоциональные и волевые процессы.

Агрессивность и агрессивное поведение формируются в процессе социализации и проявляется в контексте межличностного взаимодействия (Ратинов А. Р., Ситковская О. Д., 1989; Реан А. А., 1996; Соловьева С. Л., 1996). Агрессия осуществляется в контексте структуры социальной иерархии, способствует поддержанию доминантно-субординационных отношений (Лоренц К., 1964; Румянцева Т. Г., 1982; Семенюк Л. М., 1996; Соловьева С. Л., 1998).

К. Лоренц (1964, 1966) понимает агрессию как инстинкт борьбы, направленный против собратьев по виду у животных и человека, который служит

сохранению вида. Автор выделяет следующие функции агрессивного поведения: распределение животных по жизненному пространству, отбор сильнейших, защита потомства. Агрессию регулируют иерархия, подавление, ритуал. При возрастании уровня агрессии вида усиливается инстинктивный запрет на внутривидовое агрессивное поведение.

Ю. М. Плюснин (1991) рассматривает агрессивность как специфический вид биосоциальной активности, направленный на других индивидов и связанный с персонализацией пространства и присвоением ресурсов.

Н. Д. Левитов (1972) подчеркивал различие между агрессивным поведением животных и человека. Агрессивное поведение животных остается в рамках сугубо биологических закономерностей, в то время как агрессивное поведение группы людей или конкретного человека определяется социальными, общественно-историческими условиями.

Т. Г. Румянцева (1982) полагает, что агрессивное поведение осуществляется в контексте социального взаимодействия. По мнению автора в определении поведения в качестве агрессивного решающее место должно принадлежать понятию нормы. Нормы формируют своеобразный механизм контроля над обозначением тех или иных действий. Когда эти нормы соблюдены, воспринимаемое поведение не будет рассматриваться в качестве агрессивного, независимо от степени губительности последствий такого поведения. И наоборот, если нормы нарушены, на поведение навешивается ярлык агрессии (Румянцева Т. Г., 1982).

Понятие «норма» отражено также в определении агрессивного поведения Л. М. Семенюк, которая понимает его как целенаправленно разрушительное поведение, противоречащее правилам и нормам существования людей в социуме, наносящее вред одушевлённым либо неодушевлённым объектам нападения, причиняющее физический ущерб индивидам и вызывающее у них психический дискомфорт (Семенюк Л. М., 1996).

По мнению С. Н. Ениколопова при определении понятия «агрессия» необходимо учитывать социальный контекст агрессивного поведения, связанный с нарушением социальных норм (Ениколопов С. Н., 2010).

Агрессивность способствует адаптации к окружающему миру, имеет активно-приспособительный характер. В рамках адаптивного подхода агрессия рассматривается как инструмент для достижения поставленной цели, необходимый в условиях адаптации к внешнему миру (Д. Доллард, 1939; Н. Миллер, 1948; Л. Берковиц, 1983). Г. Аммон (1970) рассматривает агрессию как уровень активности отношения индивида к окружающему миру, определяющий целенаправленность и целесообразность душевной деятельности, агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности.

Агрессивность играет роль в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономности личности. Исследователями психодинамического подхода описана роль агрессии в развитии отношений с объектом. Фиксации на различных стадиях развития создают собственные механизмы реализации агрессии и отношений с объектом (Абрахам К., 2007). Г. Нунберг (1955) рассматривал связь деструктивного влечения с фазами организациями либидо (Психоаналитические концепции агрессивности, 2004). Для оральной стадии характерно разрушение инкорпорированного объекта, амбивалентность. Цель агрессии – защита от раздражителей. На анальной стадии каждое либидинозное желание сопровождается агрессией и стремлением к уничтожению, появляется желание захватить объект. На фаллической стадии агрессивные элементы связаны с эксгибиционистскими тенденциями, сопутствующей целью оказывается привлечение и в результате овладение объектом.

Р. Шпиц (1953) в своих работах показал, что агрессия играет роль в установление объектных отношений, в формировании границы Я и Не-Я, субъект-объектной границы (Психоаналитические концепции агрессивности, 2004).

Д. Винникотт (1950-1955 г.) рассматривал агрессивность как одну из составляющих дифференциации субъективности и объективности в ребенке (Психоаналитические концепции агрессивности, 2004).

Согласно Г. Аммон (1970) агрессия выполняет функцию регулирования процессов межличностного взаимодействия. При нарушениях отношений ребенка в первичной группе, связанных с ранним запретом на реализацию потенциала активности, поиска объекта и игрового взаимодействия с ним, происходит недоразвитии функции агрессии, ребенок постепенно утрачивает стремление к автономии и выходу из симбиоза.

По мнению С. Н. Ениколопова (2010) агрессия может выступать как одна из форм защиты «Я» и представлять собой основной способ решения проблем, связанных с контролем и сохранением чувства собственной ценности (Ениколопов С. Н., 2010).

В зависимости от целостного психического контекста, взаимосвязей с другими компонентами личности свойство агрессивности приобретает различное значение, формируя в одном случае социально-позитивное поведение, в другом случае трансформируется в разрушительное, делинквентное, криминальное поведение (Соловьева, С. Л., 1996).

Выделяют конструктивный, деструктивный и дефицитарный вариант реализации агрессии. У здоровых индивидов преобладает конструктивный вариант реализации агрессии. Конструктивная агрессия описывается как активный, деятельный подход к жизни, любознательность, возможность устанавливать продуктивные межличностные контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия, способность формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их, иметь и отстаивать свои идеи, мнения, точки зрения, вступать в конструктивные дискуссии, наличие развитой эмпатической способности, широкого круга интересов (Я-структурный тест Аммона, 1998).

Деструктивная агрессия проявляется деструкцией, направленной против себя или окружающего, фактической ситуационной неадекватностью агрессии,

склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках, склонностью к обесцениванию других людей и межличностных отношений, суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению.

Дефицитарная агрессия проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтаций, конфликтов, дискуссий и ситуаций соперничества, в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения, затруднением возможности открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания.

Рассмотрим подробнее феномен деструктивной агрессии. При изучении деструктивности рад авторов делают акцент на биологической предрасположенности (Ломброзо Ч., 1876; Хутон Э., 1946; Шелдон У., 1954). Ч. Ломброзо (1876) вошел в историю как автор теории о биологической предрасположенности ряда людей к совершению преступлений. Данная теория заложила основы современной криминальной антропологии и криминальной психологии (Ломброзо Ч., 2005). Опираясь на теорию Ч. Ломброзо, антрополог Э. Хутон (1946) разработал криминалистический метод «типажа тел». Антрополог У. Шелдон (1954) сформулировал теорию соматотипов на основе которой составил «индекс преступности», связанный с антропометрическим признакам.

Ряд исследователей понимают агрессию как инстинкт (Лоренц К., 1964**;** Плюснин Ю. М., 1991). По мнению К. Лоренца (1964, 1966), источник агрессии находится внутри организма. Агрессия – инстинкт борьбы, направленный против собратьев по виду у животных и человека, который служит сохранению вида. Поэтому агрессивность как свойство поведения имеет врожденную, инстинктивную природу у всех высших животных. Агрессивная энергия генерируется в организме спонтанно, непрерывно, регулярно накапливаясь с течением времени. Развертывание агрессивных действий или агрессивного поведения является совместной функцией количества накопленной агрессивной энергии и наличия и силы особых облегчающих разрядку агрессии стимулов в

непосредственном окружении. Ю. М. Плюснин (1991) указывал на то, что агрессивное поведение связано с удержанием индивидом ресурсов, необходимых для жизнеобеспечения.

Некоторые авторы рассматривают деструктивность как влечение (Фрейд З., 1920; Фрейд А., 1949; Абрахам К., 1916; Нунберг Г., 1955). З. Фрейд (1920, 1933) выделял сексуальное влечение и деструктивное влечение (Фрейд З., 2004). Влечение имеет напряжение, цель, объект, источник. Источник влечения – объективный процесс в любом органе или в любой части тела. Цель – удовлетворение, которое достигается уничтожением состояния раздражения в самом источнике влечения. Целью сексуального влечения является соединение с объектом. Цель деструктивного влечения – разрушение объекта, отделение и обретение независимости от объекта. Агрессивное влечение, смешиваясь, с сексуальным открывает ему путь к объекту, либидо начинает стремиться к объекту. Без добавления агрессии сексуальные импульсы оказываются неспособными достичь какой-либо цели. Виды трансформации агрессии: превращение в противоположное, обращение к собственному, вытеснение, сублимация, ограничение цели, смещение, влияние либидо.

Понятие агрессии вводится также А. Фрейд (1949) для описания и объяснения онтогенеза ребенка (Психоаналитические концепции агрессивности, 2004). В развитии ребенка происходит смешение, взаимовлияние деструктивных и либидинозных побуждений. Психические представительства деструктивного и сексуального влечения остаются не связанными друг с другом до тех пор, пока Я не достигнет сравнительно высокой стадии развития, о которой свидетельствует наличие психических конфликтов и чувства вины как их результата. Для нормального развития характерно то, что в течение первого года жизни агрессивные побуждения должны быть перенаправлены с тела самого ребенка на живые или неживые объекты окружающего мира. На более поздних стадиях развития агрессия включена в Сверх-Я и направлена на Я. При патологических проявлениях эти влечения не могут обрести адекватного динамического баланса, так как существует заторможенность в эмоциональном развитии.

Агрессивное поведение понимают как результат фрустрации (Доллард Д., 1939; Миллер Н., 1948; Берковиц Л., 1983). Доллард Д. (1939) полагал, что агрессия является результатом фрустрации, фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме. Под агрессией понимается действие, цель которого – повреждение другого организма, или его заменителя (Dollard J., 1939). Под фрустрацией - блокирование или создание помех для какого-либо целенаправленного поведения. Согласно автору, фрустрация не вызывает агрессию напрямую. Уровень интенции зависит от действия трех факторов: степени ожидаемого субъектом удовлетворения от будущего ожидания цели, силы препятствия на пути достижения цели, количества последовательных фрустраций.

Фрустрационная теория подвергалась критике за упрощенное понимание механизмов агрессии. Отмечалось, что не у всех индивидов фрустрация вызывает агрессивную реакцию и не всякая агрессия имеет очевидное фрустрационное происхождение. Фрустрационная теория модифицировалась в основном посредством включения промежуточных переменных в схему «стимул-реакция».

Н. Миллер (1948) предложил модель, которая объясняет появление «смещенной агрессии», когда индивидуумы проявляют агрессию не по отношению к своим фрустраторам, а по отношению к другим людям. Согласно автору, выбор объекта агрессии обусловлен тремя факторами: силой побуждения к агрессии, силой факторов, тормозящих данное поведение, стимульным сходством каждого потенциального объекта агрессии с фрустрирующим фактором (Miller N. E., 1941).

В результате модификации теории Л. Берковиц (1983) ввел понятие о символическом действии, «повреждение организма» как конечную цель агрессии заменил представлением о вреде. Автор определял агрессию как физическое или символическое поведение, мотивированное намерением причинить вред другому (Берковиц Л., 1983). По мнению автора, фрустрация – один из множества различных аверсивных стимулов, которые способны лишь провоцировать агрессивные реакции, но не приводят к агрессивному поведению напрямую.

Фрустрация или другие агрессивные стимулы (боль, неприятные запахи, жара) провоцируют агрессивные реакции путем формирования негативного аффекта. Например, если человек интерпретирует неприятные эмоциональные переживания как злость, то, скорее всего, у него появятся агрессивные тенденции. Если человек оценивает негативное состояние как страх, то у него появится стремление спастись бегством.

Ряд исследователей понимают агрессию как закрепленный поведенческий паттерн (Бандура А., Уолтерс Р., 1973; Бэрон Р., Ричардсон Д., 1999). Агрессия как модель социального поведения формируется прижизненно в процессе научения под действием системы поощрений и наказаний.

А. Бандура, Р. Уолтерс (1973) определяли агрессию как поведение, нацеленное на причинение вреда. По мнению авторов, агрессия формируется при участии биологических факторов (гормональный фон, нервная система), посредством научения (непосредственный опыт, наблюдение). Агрессия провоцируется воздействием шаблонов (возбуждение, внимание), неприемлемым обращением (нападки, фрустрация), побудительными мотивами (деньги, тщеславие), инструкциями (приказы), эксцентричными убеждениями (сверхценные идеи). Агрессия регулируется внешними поощрениями и наказаниями (материальное вознаграждение), викарным подкреплением (наблюдение за тем, как поощряют и наказывают других), механизмами саморегуляции (гордость, вина).

Р. Бэрон, Д. Ричардсон (1999) рассматривали агрессию как любую форму поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» (Бэрон Р., Ричардсон Д., 1999). По мнению некоторых исследователей, это определение ограничивает сферу исследования агрессии, поскольку оставляет за ее пределами такие психологические явления, как различные формы аутоагрессии, мазохизм и т.д. (Ениколопов С. Н., 2010).

Г. Аммон (1970) понимал деструктивную агрессию как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых

неблагоприятных условий внутри симбиоза и первичной группы (Я-структурный тест Аммона, 1998).

Н. В. Васильева (1998) исследовала индивидуально-типологические свойства индивида, указывающие на повышенную опасность деструктивной гетероагрессии. Повышает вероятность криминального поведения индивида истероидный характерологический тип или истероидный радикал в сочетанном типе характера. Высоким агрессивным потенциальном обладают индивиды с эпилептоидным типом характера. Холодная жестокость общественно опасного деяния характерна при сочетании эпилептоидных черт с шизоидными.

А. А. Ратинов и О. Д. Ситковская (1989) полагают, что на реализацию деструктивного агрессивного поведения влияет нарушение ценностно-нормативных ориентаций личности (Ратинов А. Р., Ситковская О. Д., 1989).

По результатам исследования С. Л. Соловьевой (1996) к общим неспецифическим факторам формирования деструктивной агрессивности относятся такие психологические особенности, как эгоцентризм, низкий уровень эмпатии, трудности в социальных взаимоотношениях (Соловьева, С. Л., 1996)

Таким образом, агрессивность как свойство личности формируются в процессе социализации и проявляется в контексте межличностного взаимодействия. Агрессивность играет роль в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности. Выделяют конструктивную (социализированную), деструктивную (тенденцию к разрушению объекта, разрыву отношений) и дефицитарную (направленную вовнутрь Я-структуры) агрессию. При изучении деструктивности рад авторов делают акцент на биологической предрасположенности индивидов. Деструктивность связывают с действием инстинкта, влечения. Исследованы социальные факторы, формирующие деструктивность. Термин «деструктивная агрессия» несет в себе не только социально-негативный смысл, но и в ряде случаев социально-позитивный смысл. Проявляясь на фоне высокого конструктивного потенциала, деструктивная агрессия может иметь и адаптивное

качество, реализовываясь в виде самозащиты от агрессии со стороны других людей, позитивного изменения жизненной ситуации.

1.2. Агрессивность при психических и соматических расстройствах

В настоящее время имеется большое количество исследований агрессивности у больных психическими и соматическими расстройствами Достаточно большое количество исследований агрессивности психически больных имеют судебно-психологическую направленность и посвящены проблеме совершения общественно опасных действий (ООД) психически больными.

В работе Васильевой Н. В. (1998) была исследована деструктивная гетероагрессия, то есть социально-опасные формы агрессивного поведения преимущественно в виде преступлений против личности. Было выявлено, что наибольшей криминогенностью из больных психическими заболеваниями обладают больные с разными вариантами психоорганического синдрома (Васильева Н. В., 1998).

В современных исследованиях разрабатывается понятие «потенциальной общественной опасности» психически больных (Белов В. П., 1981; Котов В. П., 1989, 2001, 2012; Боброва И. Н., 1990; Жариков Н. М., 1995; Печерникова Т. П., 2005; Кондратьев В. Ф., 1986, 2002, 2004, 2006, , Полубинская С. В., 2008; Шишков С. Н. 1987, 2007). В зарубежных исследованиях аналогом понятия «потенциальной общественной опасности является термин «риск насилия» (Webster C., 1997; Alfarnes S. A. 2001; Mueser K. T., 2002; Suris A., 2003; Grann M., 2005; Monahan J., 2005; Hartvig P., 2006; Mullin S., 2007; Schalast N., 2008; Green T., 2011; Whittington R., 2013).

Разрабатываются меры профилактики ООД психически больных (Беляев В. П., 1976; Иммерман К. Л., 1987; Котов В. П., 1989, 2010, 2012, 2013; Боброва И.

Н., 1990; Вандыш-Бубко В. В., 2001, 2006; Казаковцев Б. А., 2005, 2011,2012; Стяжкин В. Д., 2006; Полубинская С. В., 2008; Усов Г. М., 2008; Макушкина О. А., 2012, 2013, 2014; Булыгина В. Г., 2013).

Актуальной научной проблемой является определение той степени вероятности, при которой лицо представляет общественную опасность (Шишков С. Н., 1987, 2007; Кудрявцев И. А., 1988; Котов В. П., 1989; Казаковцев Б. А., 2001; Усов Г. М., 2004, 2006; Шостакович Б. В., 2005; Кондратьев Ф. В., 2006; Ткаченко А. А., 2006; Дмитриев А. С., 2007, 2009; Введенский Г. Е., 2011; Котов В. П., 2012; Корзун Д. Н., 2013; Булыгина В. Г., 2013; Макушкина О. А., 2013).

Исследованы клинико-демографические и социально-психологические факторы риска совершения общественно опасных действий. Из клинических факторов наибольшее влияние на риск совершения ООД оказывает психопатологический синдром (Морозов Г. В., 2002; Мальцева М. М. 2005; Дмитриева Т. Б., 2003; Григорьев И. С., 2013). Доказано, что вероятность совершения нового ООД выше у лиц с психическими расстройствами, не работающих, не получающих пенсии, при отсутствии семьи, бытовой неустроенности, определенного места жительства (Котов В. П., 2012; Макушкина О. А., 2014, 2015; Addington J., 2006).

Описаны основные психопатологические механизмы совершения ООД (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). М. М. Мальцева и В. П. Котов в зависимости от преобладания того или иного синдромокомплекса выделяют продуктивно-психотические и негативно-личностные механизмы совершения ООД.

В настоящее время общепринятым стало понимание того, что психопатологическое состояние не предопределяет полностью совершение ООД, и раскрытие содержания понятия общественной опасности психически больных является комплексной проблемой, требующей рассмотрения и анализа разнообразных факторов: клинико-психопатологических, социальных, криминологических, психологических (Булыгина В. Г., 2015).

В психологических исследованиях при оценке риска совершения повторного ООД большое значение придают особенностям поведенческой

саморегуляции, опосредованию, которое является продуктом процесса регулирования (Кудрявцев И. А., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Ситковская О. Д., 1989; Коченов М. М., 1991; Ратинов Н. А., 2000, 2001; Сафуанов Ф. С., 2002, 2003; Дозорцева Е. Г., 2004). Разрабатывались психологические концепции криминальной агрессии (Дозорцева Е. Г., 2004; Кудрявцев И. А., 1988, 2007, 2011; Ратинова Н. А., 2000, 2001; Сафуанов Ф. С., 2003; Калашникова А. С., 2010), вопросы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (Кудрявцев И. А., 1988; Дозорцева Е. Г., 1988, 1998; Сафуанов Ф. С., 1998, 2011).

Ф. С. Сафуановым были выделены психологические механизмы агрессивных преступных действий: 1. Непосредственная реализация агрессивных побуждений. 2. Агрессия, обусловленная состоянием алкогольного опьянения. 3. Агрессия как следствие неосознанной частичной идентификации с субъективно значимым авторитетом. 4. Агрессия, обусловленная личностной и интеллектуальной незрелостью. 5. Инструментальная агрессия. 6. Отсроченная агрессия. 7. Ситуативная агрессия. 8. Агрессия в структуре эмоционального возбуждения. 9. Агрессия как разрядка эмоционального напряжения. 10. Агрессия, связанная с декомпенсацией.

Создана психологическая концепция профилактики ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами (Булыгина В. Г., 2015). В исследовании Булыгиной В. Г. было выявлено, что все психосоциальные вмешательства в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершившими ООД, должны быть направлены на повышение их когнитивной, эмоциональной, коммуникативной и социальной компетентности. При вторичной профилактике коррекции подлежат в первую очередь особенности реализации действий и операций, сформированные дезадаптивные и криминогенные поведенческие стереотипы (Булыгина В. Г., 2015). Согласно автору целесообразно учитывать защитные факторы, сдерживающие агрессию.

Другие исследования агрессивности у больных психическими и соматическими расстройствами акцентируют внимание на проблеме

реабилитации, социальной адаптации больных. Предметом исследования часто выступает агрессивность, как психологический фактор, влияющий на развитие клинической динамики психических и соматических расстройств (Меркурьева А. А., 2001; Очерки динамической психиатрии, 2003; Аносова Ю. В., 2005; Савчикова Ю. Л., 2005; Трифонова Е. А., 2005; Михайлова Т. В., 2006; Казакова И. А., 2009; Гаранян Н. Г., 2010; Рагозинская В. Г., 2010; Чапала Т. В., 2012).

Для больных эпилепсией характерен высокий уровень агрессии, проявляющийся в высоких показателях конструктивного, деструктивного и дефицитарного компонентов агрессивности, что указывает на недостаточную степень отреагирования стеничных эмоций гнева, склонность к накоплению эмоций и создание напряженных эмоционально-негативных застойных состояний, формирующих психологическую почву для возможных криминальных эксцессов (Очерки динамической психиатрии, 2003).

Уровень агрессии больных неврозами существенно не отличается от уровня агрессии здоровых. Вместе с тем имеют место различия в соотношении различных форм агрессии в структуре агрессивного поведения. Отмечается уменьшение конструктивного компонента агрессии, при одновременном увеличении показателя дефицитарной агрессии (Очерки динамической психиатрии, 2003).

Были исследованы психологические особенности лиц молодого возраста с опиатной и табачной зависимостью. Выявлено, что наркозависимые отличаются от курящих табак достоверно более высоким уровнем агрессивности и конфликтности. Дифференцированы мотивы употребления ПАВ у наркозависимых молодого возраста с учетом пола. Наркозависимые девушки в большей степени нуждаются в уменьшении эмоционального напряжения, для юношей более актуальными являются проблемы коммуникации и подавления высокого уровня агрессивности (Аносова Ю. В., 2005).

Особенности агрессивности также были выявлены у женщин с проблемами веса. У полных женщин по сравнению с женщинами, имеющими нормальный вес, более выражены агрессивные тенденции, которые проявлялись в виде чувства

вины, тенденции к длительному переживанию негативных эмоций с образованием аффективно окрашенной психологической доминанты, обидчивости, склонности приписывать окружающим собственные недоверчивость и враждебность (Савчикова Ю. Л., 2005).

У больных инсулинозависимым сахарным диабетом выявляется умеренная невротизация на фоне умеренной тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности (Трифонова Е. А., 2005).

Юноши с хроническим гастритом демонстрируют более выраженное состояние враждебности и гетероагрессии, чем здоровые лица (Казакова И. А., 2009).

Была исследована враждебность у больных с депрессивными и тревожными расстройствами. У данной категории больных показатели враждебности достоверно превышают показатели здоровых испытуемых. При этом пациенты с депрессивными расстройствами достоверно чаще используют косвенные формы агрессивного поведения. Показатели межличностной зависимости, сдерживающей прямое проявление агрессии в поведении, у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами значимо превышают аналогичный показатель у здоровых испытуемых (Гаранян Н. Г., 2010).

У больных с гипертонической болезнью специфическими особенностями эмоциональных состояний являются наиболее высокие среди всех нозологических групп показатели враждебности и агрессивности как свойства личности (Рагозинская В. Г., 2010).

Также исследованы психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Больные хронической сердечной недостаточностью в стадии компенсации характеризуются показателями среднего уровня агрессивности. В стадии декомпенсации отмечено недостаточное отреагирование агрессивных побуждений (Михайлова Т. В., 2006).

Установлено, что агрессия, враждебность, чувство обиды у больных с ишемической болезнью сердца возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы ишемической болезни сердца, одновременно являясь

следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики (психосоматические влияния) (Чапала Т. В., 2012). Больные ишемической болезнью сердца характеризуются повышенным уровнем дефицитарной агрессии (Соловьева С. Л., 1996; Меркурьева А. А., 2001). Больные с ИБС склонны подавлять свои агрессивные побуждения, либо недостаточно их реализовать в связи с отсутствием соответствующих поведенческих навыков. Одновременно с этим у них определяется повышение деструктивной формы выражения агрессии. Агрессивность больных ишемической болезнью сердца определяется особенностями целостной структуры личности с ее обязательностью, нормативностью, чувством долга, ответственностью, высокой самооценкой, тенденцией следовать морально-этическим нормам, высоким самоконтролем, регламентирующим проявления эмоций (Соловьева С. Л., 1996). Агрессивные побуждения не находят адекватного выражения и полной реализации, накапливаясь в виде аффективно заряженных неотреагированных стеничных психических состояний, создавая тем самым источник хронического эмоционального напряжения.

Таким образом, достаточно большое количество психологических исследований агрессивности больных шизофренией имеют судебно-психологическую направленность и посвящены проблеме совершения общественно опасных действий больными. Другие исследования агрессивности у больных психическими и соматическими расстройствами акцентируют внимание на проблеме реабилитации, социальной адаптации больных. Подтверждается биопсихосоциальная природа большинства психических и соматических расстройств и роль агрессии как психологического фактора, влияющего на развитие клинической динамики психических и соматических расстройств.

1.3. Особенности агрессивности при шизофрении

Шизофрения — психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированности (Тиганов А. С., 1999).

Многие исследователи описывают как признаки и проявления агрессии, агрессивности и агрессивного поведения на различных этапах течения шизофрении следующие идеаторные, эмоциональные и поведенческие феномены: подозрительность, недоверие, повышенная враждебность к окружающим, чувство вины, напряженность, ослабление самоконтроля с агрессивным поведением, импульсивность в поведении с раздражительностью, негативизм, снижение контактности, идеи преследования, идеи самообвинения (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, 1987; Каплан Г. И., Сэдок Б. Д., 1994; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Соловьева С. Л., 1996; Тиганов А. С., 1999; Катан Е. А., 2007; Менделевич В. Д., 2011). Агрессивное и аутоагрессивное поведение больных шизофренией, наряду с другими клиническими признаками, служит маркером обострения течения процессуального заболевания (Кравченко И. В., 2011).

В настоящее время имеется большое количество клинических работ, посвященных исследованию агрессивного поведения больных шизофренией.

По мнению ряда исследователей, у больных шизофренией агрессивное поведение реализуется посредством продуктивно-психотического механизма, при котором ведущими мотивами агрессивного поведения являются бредовые, и негативно-личностного механизма, где агрессивное поведение проявляется вследствие эмоциональной бесконтрольности, извращенности и расторможенности влечений (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Белоусова, М. Л., 2003; Кудеринов С. В., 2004; Верходанова, Т. В., 2007).

По данным исследования М. Л. Белоусовой (2003), общественно опасные действия совершаются больными шизофренией не чаще, чем психически

здоровыми лицами. Рост общественно опасных действий, совершаемых этими больными в последние годы, по существу, соответствует общему росту преступности в населении. Около половины больных в момент совершения опасных действий находились в психотическом состоянии. Больные с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой были склонны к совершению агрессивных деяний. Больные с психопатоподобным синдромом - к менее тяжким имущественным общественно опасным действиям. У больных шизофренией среди первичных общественно опасных действий велик удельный вес агрессивных действий, направленных против личности. Среди повторных - менее тяжкие имущественные и хулиганские действия. Многократные опасные действия чаще совершались по реально-бытовым мотивам с преобладанием негативно-личностных механизмов.

По данным исследования М. Л. Белоусовой (2003), у больных, совершивших общественно опасные действия в исследуемый автором период времени, чаще встречалась параноидная форма шизофрении. Т. В. Верходанова (2007) подтверждает выводы М. Л. Белоусовой и отмечает, что у больных параноидной шизофренией, совершивших общественно опасные деяния против личности, заболевание протекало эпизодически с проградиентным развитием дефекта, больные являлись эксплозивными личностями в преморбиде.

Согласно исследованию И. В Кравченко (2011), значимыми в структуре мотивации больных параноидной шизофренией с несуицидальными аутоагрессивными действиями являются паранойяльные, эпилептоидные и истерические тенденции в сочетании с высоким уровнем агрессивных побуждений. Реализация несуицидальных самоповреждений происходит в соответствии с тремя вариантами несуицидального аутоагрессивного поведения: кумулятивным, планируемым, пароксизмальным. Нарастание эмоционально-волевых нарушений в рамках формирования дефекта у больных параноидной формой шизофрении уменьшает риск нанесения несуицидальных самоповреждений. Повышение аутоагрессивной активности несуицидальной направленности, наряду с другими клиническими признаками, служит маркером

обострения течения процессуального заболевания в период неполной ремиссии у больных параноидной формой шизофрении.

По результатам исследования Н. В. Васильевой (1998), больные шизофренией являются наименее опасными в отношении совершения общественно опасных действий, относительно больных с другими психическими расстройствами, особенно в варианте деструктивного гетероагрессивного поведения (Васильева, Н. В., 1998).

В исследовании Булыгиной В. Г. было выявлено, что у больных с диагнозом шизофрения психологическими предикторами общественной опасности являются трудности оценки актуального и потенциального ситуационного контекста, сочетание слабого самоконтроля с высокой внутренней конфликтностью самоотношения, которые препятствуют выбору адекватной стратегии поведения (Булыгина В. Г., 2015).

Ряд исследований выявляют связь между враждебностью и шизофренией (Free N. K., 1950; Blackburn I. M., 1974; Ching-Yen Chen, 2001; Ениколопов С. Н., 2007). Враждебность определяют как совокупность негативных отношений к актуально воспринимаемым объектам (Ениколопов С. Н., 2007; Кузнецова С. О., 2007). У психически больных отмечаются достоверно повышенные количественные показатели враждебности, по сравнению с нормой. При психической патологии также отмечается качественная специфика враждебности, выражающаяся в подозрительности, настороженности, амбивалентности, экстрапунитивности и генерализации враждебного отношения. Враждебность считают устойчивой во времени характеристикой, не зависящей от длительности течения заболевания и возраста больных, и рассматривают ее как психологический показатель индивидуальной уязвимости к психическим расстройствам. Показатели враждебности не обнаруживают связи с нозологической принадлежностью заболевания.

1.4. Роль агрессивности в динамике межличностных отношений при шизофрении

Психические нарушения при шизофрении выступают в значительной степени в виде нарушения взаимоотношений с другими людьми. Для больных шизофрнией характерны следующие когнитивные, эмоциональные и поведенческие нарушения: эмоциональная отгороженность, трудности в общении, пассивно-апатическая социальная отгороженность, ослабление самоконтроля, социальная отстраненность личностная ригидность, недоверие, подозрительность, враждебность к окружающим с тенденцией к разрыву межличностных отношений, утрата гибкости во взаимоотношениях с другими, ригидность личностных позиций, дефицит активности, затруднения в понимании сложных ситуаций и абстрактных смыслов, сужение круга интересов, эмоциональная вялость, нерешительность, идеи отношения, особого предназначения, величия, преследования, отчуждение от окружающих, пассивность, эмоциональная отстраненность, бездеятельность, формальность контакта, неадекватность мимики, избегание общения и контактов с другими, пассивное времяпрепровождение в одиночестве, малоконтактность, стремление к социальной изоляции, сужением круга интересов и межличностных отношений, замкнутость, снижением коммуникативной функции речи, непониманием переносного смысла слов, ослабление самоконтроля с негативизмом и агрессивностью, нелепые и странные поступки (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, 1987; Каплан Г. И., Сэдок Б. Д., 1994; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Соловьева С. Л., 1996; Тиганов А. С., 1999; Катан Е. А., 2007; Менделевич В. Д., 2011).

Для сторонников психодинамического подхода агрессия является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня (Абрахам К; Nunberg H., 1921; Klein M., 1946; Zilboorg G., 1931; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Spotnitz H., 1961).

H. Nunberg (1921) указывал на роль деструктивных импульсов и защиты от них в развитии параноидной шизофрении.

T. Reik (1927) при описании случая пациента с шизофренией представил пример тенденции направлять агрессивные импульсы против себя, своего Я. Аналогичные механизмы выявил H. Rosenfeld (1947).

M. Klein (1930,1946) описала параноидно-шизоидные механизмы как защиту от собственных деструктивных импульсов.

G. Zilboorg (I93I) продемонстрировал случай анализа пациента с параноидной шизофренией, у которого обнаруживалась враждебность, направленная на себя. Импульсы враждебности могли разрядиться только в состоянии психоза.

I. Hendrick (1931) указывал на защиту объекта и незрелого Эго от агрессивных импульсов при параноидной шизофрении.

H. Hartmann (1953) предполагал наличие поврежденной способности больных параноидной шизофренией нейтрализовывать агрессивную энергию.

R. Bak (1954) также указывал на неспособность Эго больных шизофренией нейтрализовывать агрессию. Автор отмечал использование таких защит, как проекция или уход для того, чтобы избежать разрушения объектов.

H. Spotnitz (1961) относил агрессию, защиту объекта и принесение себя в жертву к составляющим шизофренического ядра личности. Согласно автору, «Шизофрения является организованной психической ситуацией, структурно сложной, но психологически неуспешной защитой от деструктивного поведения. Уничтожение объектного поля психики и фрагментация Эго выступают как вторичные следствия защиты» (Spotnitz H., 1961).

Согласно Г. Аммону, у больных шизофренией выделение из симбиоза с матерью и здоровое развитие задерживаются. В случае выделения индивида из первичной группы структуральное повреждение Я-функций ведет к поискам партнеров по компенсирующему симбиозу, которые должны заменить патологическую первичную группу, или к шизофренической реакции, симптомы которой должны компенсировать дефицит в психической структуре. У больных

шизофренией преобладает как дефицитарная агрессия, понимаемая как запрет на реализацию любой конструктивной активности, в том числе и в области межличностного взаимодействия, так и деструктивная агрессия (Аммон Г., 1980).

Были описаны различия в психологических характеристиках, формирующих формы агрессивного поведения у больных шизофренией (Очерки динамической психиатрии, 2003). С ростом уровня психической активности у больных шизофренией отмечается рост признаков конструктивного и деструктивного вариантов поведения со снижением дефицитарных проявлений. С повышением общего уровня психической активности увеличивается стеничность поведения, мотивированного аффективно окрашенными доминирующими идеями субъективного характера, без учета требований реальности и интересов окружающих людей. Было выявлено, что у больных шизофренией при внешне конструктивном поведении имеет место отсутствие истинной социализации агрессии с преимущественным усвоением по механизму подражания внешних поведенческих алгоритмов реализации агрессии и недостаточным формированием внутренних социально-позитивных установок. При деструктивном варианте агрессивного поведения у больных шизофренией отмечается повышение уровня психической активности, актуализация психопатологической симптоматики со склонностью к образованию аффективно окрашенных «психологических детерминант», мотивирующих поведение, наличие импульсивных реакций с избыточным субъективизмом и недоучетом требований реальности, непредсказуемостью действий. Дефицитарному варианту агрессивного поведения при шизофрении соответствуют черты неуверенности, нерешительности, тревожной мнительности со склонностью к колебаниям и трудностям в принятии решений, тенденция к аутизации, эмоциональная отстраненность и холодность в межличностных отношениях, снижение общей психической активности, снижение мотивационного компонента, приводящего к падению продуктивности психической деятельности, уменьшение эмоциональной насыщенности психического состояния, недостаточная стеничность, целенаправленность

поведения, недостаточная настойчивость в достижении целей, склонность к пассивным формам реагирования.

В исследовании С. Л. Соловьевой (1996) было выявлено, что патологическая структура личности больных шизофренией с такими психологическими свойствами, как эгоцентризм, низкий уровень эмпатии, эмоциональная холодность, а также импульсивность с недостаточным контролем над эмоциями затрудняет процесс социализации агрессивных тенденций. В связи со сниженной способностью учитывать социально-нормативные требования и последствия своих поступков формируется деструктивная форма агрессивного поведения, которая становится доминирующим способом поведения. Агрессивные действия больных шизофренией совершаются под воздействием мотивов, связанных с нарушением потребностно-мотивационной сферы личности: ситуационно-импульсивных мотивов, мотивов психопатологической самоактуализации. Агрессивность как свойство личности больных шизофренией, совершивших гомицид, формируется в ходе нарушенного процесса социализации личности, включающего в себя интериоризацию асоциальных ценностей и норм.

Согласно исследованию С. М. Бабина (2006), психологическая коррекция дезадаптивных форм агрессивного поведения больных шизофренией должна быть направлена на замену деструктивных и дефицитарных вариантов реагирования социализированными, конструктивными формами реализации агрессивности. Путь психотерапии шизофрении – снижение дефицитарных компонентов, наряду с терапевтической проработкой переживаний и поведения с постепенным принятием и закреплением собственной позитивной активности, восстановлением толерантности к тревоге и способности переносить фрустрацию и агрессию (Бабин С. М., 2006). Дефицитарная агрессии переходит в конструктивную агрессию только через промежуточный этап деструктивной агрессии.

Таким образом, агрессивность как свойство личности играет роль в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности. В зависимости от целостного психического контекста свойство агрессивности формирует как социально-

позитивное, так и деструктивное поведение. Под деструктивной агрессией (деструктивностью) понимают тенденцию к разрушению (натуральному, либо символическому) объекта, либо отношений с объектом.

Агрессивность и агрессивное поведение у больных шизофренией являются одними из «стержневых» радикалов схизиса психики, проявляясь на различных этапах течения заболевания. В клинических исследованиях акцент ставится на изучении агрессивного поведения больных параноидной шизофренией. Описаны механизмы агрессивного поведения. Изучены преморбидные характеристики больных, совершивших ООД.

При шизофрении характерны дезадаптивные отношения с внешним окружением в виде недоверия, подозрительности, враждебности, снижения контактности, отчуждения от окружающих, пассивности, бездеятельности, формальности контактов, социальной отстраненности, импульсивности в поведении с раздражительностью, тенденции к разрыву отношений, снижения продуктивности во всех сферах функционирования, неспособность к трудовой и иной полезной деятельности.

В психологических исследованиях агрессия часто является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня. Для авторов психодинамического подхода представляется значимой проблема защиты Эго и объектов от собственных деструктивных импульсов у больных параноидной шизофренией. В исследованиях, проведенных в рамках биопсихосоциальной модели психических расстройств, выявлены доминирующие формы реализации агрессии, изучено влияние биологических, психологических и социальных факторов на формы реализации агрессии у больных шизофренией.

Остаются недостаточно изученной роль агрессивности в динамике межличностных отношений больных шизофренией. Предполагается, что у больных шизофренией и у психически здоровых индивидов существуют различия во взаимосвязанном функционировании деструктивности и межличностностых границ. Вероятно, у больных шизофренией и у психически здоровых индивидов с

функционированием межличностных границ связаны особенности принятия собственной деструктивности. Данная информация будет иметь значение для разработки дифференцированных реабилитационных программ.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

2.1. Методы исследования и методология

Теоретико-методологические основания исследования:

1) биопсихосоциальная модель психической патологии (Коцюбинский А. П., 2002; Кабанов М. М., 2003; Незнанов Н. Г., 2003);
2) концепция динамической психиатрии Г. Аммона (1980);

Методы исследования:

1) Клинико-психологический (оценка актуального психического статуса, изучение медицинской документации и анамнестических сведений).

2) Психометрический. Были использованы следующие психодиагностические методики:

- опросник Басса—Перри;
- Hand-тест;
- методика оценки мотивационных склонностей Сонди;
- Я-структурный тест G.Ammon (ISTA).

Для выявления количественных показателей когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов агрессии был использован опросник Басса-Перри (Цибульский Н.П., 2006). Опросник состоит из 29 утверждений, которые оцениваются по 5-ти балльной шкале от 1 («очень на меня не похоже») до 5 («очень на меня похоже»). Анализ факторов в нём производится по четырем шкалам:

- физическая агрессия – самоотчет о склонности к физической агрессии в поведении (поведенческий компонент);
- гнев – самоотчет о склонности к раздражительности (эмоциональный компонент);

- враждебность – шкала, включающая в себя утверждения двух подшкал «Подозрительность» и «Обидчивость» (когнитивный компонент);
- интегральная шкала – суммарный показатель по всем вопросам трех шкал.

Для оценки показателей агрессивных поведенческих тенденций и склонности к агрессивному поведению был использован Hand-тест. Стимульным материалом служили десять карт Hand-теста (Муляр, О. И., 1996) с изображениями руки в разных положениях. Испытуемому задавался вопрос о том, что делает эта рука или, что может делать человек такой рукой. На основании особенностей индивидуального восприятия предложенного стимульного материала выявляются поведенческие тенденции индивида. Все ответы испытуемых протоколировались. В процессе обработки полученных данных осуществлялась формализация ответов испытуемых через отнесение каждого ответа к одной из четырнадцати оценочных категорий.

Авторы Hand-теста предлагают следующие оценочные категории:

Agg – агрессия,

Dir – директивность,

Aff – аффектация,

Com – коммуникация,

Dep – зависимость,

F – страх,

Ex – эксгибиционизм,

Crip – калечность,

Des – описание,

Ten – напряжение,

Act – активные безличные ответы,

Pas – пассивные безличные ответы,

Bas – галлюцинации,

Fail – отказ от ответа.

Подсчитывался процент ответов каждой категории по отношению к общему количеству ответов. Отдельно по формулам определялись показатели склонности к открытому агрессивному поведению (I=(Agg+Dir)-(Aff+Com+Dep)), степени личностной дезадаптации (MAL=Crip+Ten+F), тенденции к уходу от реальности (WITH=Des+Bas+Fail), наличия психопатологии (PATH=MAL+2WITH).

В своей работе для оценки продуктивности деятельности мы использовали категории «описание», «количество ответов», «отказ от ответа». Также нами были использованы категории, отражающие готовность к открытому агрессивному поведению («агрессия» и «директивность»), категории, предполагающие кооперацию («коммуникация», «аффектация», «зависимость»), и показатель склонности к открытому агрессивному поведению (I).

Для оценки мотивационных склонностей использовалась методика Сонди (Собчик Л. Н., 2002; Сонди Л, 2005). Методика представляет собой стимульный материал из 48 портретов людей с восемью типами психических расстройств. Фотографии сгруппированы в шесть серий, в каждой из которых представлены восемь мотивационных факторов. Исследователь последовательно предъявляет шесть серий стимульного материала, раскладывая перед испытуемым фотографии в определенной последовательности. Задача испытуемого выбрать в каждой серии по две фотографии — привлекательные для него и непривлекательные. Эта процедура повторяется каждый раз по предъявлении каждой новой серии — их всего 6. Выбранные портреты регистрируются согласно порядковому номеру каждого портрета от 1 до 8 и коду каждого портрета, отражающему его факторное значение. Полученным количественным показателям методики (количество выбранных портретов как предпочитаемых, так и отвергаемых в сумме) присваивается ранг (от 1 до 8). Выделенный ранг является количественной характеристикой напряженности определенной потребности. При интерпретации использовались работы, как самого автора, так и исследования Л. Собчик.

В процессе тестирования методикой Сонди выявляется специфическое состояние основных влечений и потребностей влечений индивида:

Выделяются следующие мотивационные факторы:

H — мотивационный фактор любви, нежности;

S — мотивационный фактор агрессии, активности;

E — этический мотивационный фактор;

Hy — моральный мотивационный фактор;

K — мотивационный фактор сужения Я;

P — мотивационный фактор расширения Я;

D — мотивационный фактор прилипания и постоянства;

M — мотивационный фактор привязанности.

Для исследования структуры личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов использовалась методика Я-структурный тест Аммона. Я-структурный тест Аммона (Очерки динамической психиатрии, 2003) представляет собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений, которые оцениваются испытуемыми как верные или неверные по отношению к ним. Вопросы перечня затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях. Конструкция теста отражает теоретические представления о структуре и особенностях развития центральных Я-функций.

Я-структурный тест Аммона состоит из 18 шкал, объединенных в 6 отдельных блоков. Каждый из блоков описывает деятельность одной из шести центральных Я-функций:

- агрессия;
- тревога-страх;
- внешнее Я-отграничение;
- внутреннее Я-отрганичение;
- нарциссизм;
- сексуальность.

Каждая из вышеперечисленных центральных Я-функций описывается тремя отдельными шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих этих

центральных личностных образований. В связи с этим, все названные блоки включают конструктивную, деструктивную и дефицитарную шкалы.

3) Математико-статистический. Полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 11.0.1) методами математической статистики. Применялись U критерий Манна-Уитни (для анализа различий средних значений), коэффициент корреляции Спирмана, коэффициент сопряженности Пирсона, регрессионный анализ, иерархический кластерный анализ, кластерный анализ по методу к-средних.

2.2. Описание выборки

Исследование проведено на базе БУЗ и СПЭ МЗ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница Минздрава Удмуртии». Всего было обследовано 203 человека от 18 до 64 лет с высшим, средним, средне-специальным и высшим (неоконченным высшим) образованием. Предполагая влияние гендерных различий, мы сочли целесообразным разделение всех участников по признаку половой принадлежности. Кроме того, поскольку в клинической практике большое значение для оценки динамики заболевания придается его продолжительности от момента клинически установленного дебюта, мы провели дополнительную дифференциацию пациентов клинической больницы. В соответствии с общепринятой практикой все больные с параноидной шизофренией были разделены на две группы – с длительностью заболевания менее пяти лет (первая экспериментальная группа) и более пяти лет (вторая экспериментальная группа).

Контрольную группу женщин составили 60 «условно здоровых» женщин (средний возраст 30 лет). Первую экспериментальную группу женщин – 21 женщина с параноидной шизофренией, длительностью заболевания менее 5 лет (средний возраст 41 год). Вторую экспериментальную группу женщин – 41

женщина с параноидной шизофренией, длительностью заболевания более 5 лет (средний возраст 41 год).

Контрольную группу мужчин составил 41 «условно здоровый» мужчина (средний возраст 34 года). Первую экспериментальную группу – 18 мужчин с параноидной шизофренией, длительностью заболевания менее 5лет (средний возраст 28 лет). Вторую экспериментальную группу – 22 мужчины с параноидной шизофренией, длительностью заболевания более 5 лет (средний возраст 38 лет).

Экспериментальные группы составили 102 больных параноидной шизофренией (40 мужчин, 62 женщины) от 18 до 64 лет, находящихся на стационарном лечении в БУЗ и СПЭ МЗ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Удмуртской республики». Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлись: наличие в качестве основного клинического диагноза параноидной шизофрении (F-20.006 по МКБ-10). Больные обследовались в состоянии ремиссии (медикаментозной ремиссии). Критериями исключения пациентов из исследования были: нозологическая неоднозначность в психиатрическом диагнозе, наличие клинически и экспериментально-психологически выявляемых признаков психотической дезорганизации психической деятельности испытуемых, отказ от исследования.

Их биосоциоциальные показатели представлены в таблице 1.

Подавляющее число участников экспериментальных групп не состояли в браке, не работали, имели группу инвалидности.

Таблица 1. Биосоциальные характеристики и показатели агрессии исследованных больных параноидной шизофренией.

Название характеристик	**Показатель**	**Численность испытуемых в экспериментальных группах, человек и % выборки (в скобках)**			
		женщины		**мужчины**	
		1 группа n-21	**2 группа n=41**	**1 группа n=18**	**2 группа n=22**
Биологические характеристики					
Наследственная отягощенность	Да	7 (33)	11 (27)	4 (22)	4 (18)
	Отрицают	14 (66)	30 (73)	14 (64)	18 (82)
Возраст	Юность	2 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

	Ранняя зрелость	3 (14)	0 (0)	6 (33)	1 (5)
	Средний возраст	16 (76)	41 (100)	12 (66)	21 (95)
Характер поступления	Первичное	8 (38)	0 (0)	8 (44)	0 (0)
	Повторное	13 (62)	41 (100)	10 (56)	22 (100)
Тип дефекта	Апато-абулический	9 (43)	35 (85)	7 (39)	13 (59)
	Психопатоподобный	0 (0)	0 (0)	1 (6)	3 (14)
	Параноидный	0 (0)	0 (0)	1 (6)	1 (5)
	Смешанный	5 (24)	7 (17)	0 (0)	6 (27)
Тип течения	Приступообразная	7 (33)	6 (15)	5 (28)	8 (36)
	Непрерывная	14 (66)	35 (85)	13 (72)	14 (64)
Степень выраженности дефекта	Выраженный	4 (19)	32 (78)	1 (6)	15 (68)
	Умеренный	6 (29)	6 (15)	3 (17)	5 (23)
	Эмоц-волев снижен	4 (19)	1 (2)	3 (17)	2 (9)
	Наблюдение <1 года	7 (33)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
Ведущий синдром на момент поступления	Галлюц-параноидн	13 (62)	27 (66)	10 (56)	13(59)
	Параноидный	5 (24)	3 (7)	0 (0)	3 (14)
	Аффект-параноидн	2 (9)	8 (20)	4 (22)	3 (14)
	Дисфренический	0 (0)	2 (5)	2 (11)	0 (0)
	Гипоманиакальный	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
	Психопатоподобный	1 (5)	1 (2)	1 (6)	3 (14)
	Астено-субдепрес	1 (5)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
	Тревожно-субдепрес	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
ЧМТ в анамнезе	Да	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
	Отрицают	21 (100)	41 (100)	17 (94)	22 (100)
Злоупортебление алкоголем	Да	1 (5)	0 (0)	2 (22)	8 (36)
	Отрицают	20 (95)	41 (100)	16 (78)	14 (64)
Социальные характеристики					
Семейное положение	в браке	4 (19)	8 (20)	2 (11)	1 (5)
	не в браке	17 (81)	33 (80)	16 (89)	21 (95)
Образование	среднее	7 (33)	21 (51)	7 (39)	9 (41)
	среднее специальное	6 (29)	13 (32)	3 (17)	8 (36)
	высшее	8 (38)	7 (17)	8 (44)	5 (23)
Сфера деятельности	рабочие	4 (20)	1 (2)	2 (11)	1 (5)
	служащие	2 (9)	1 (2)	2 (11)	0 (0)
	студенты	2 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	не работают	13 (62)	39 (96)	14 (78)	21 (95)
Группа инвалидности	I группа	0 (0)	6 (15)	0 (0)	3 (14)
	II группа	0 (0)	28 (68)	1 (11)	13 (58)
	III группа	0 (0)	1 (2)	1 (11)	3 (14)
	нет группы	21 (100)	6 (15)	16 (88)	3 (14)
Место проживания	Квартира	21 (100)	41 (100)	17 (95)	22 (100)
	БОМЖ	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
Показатели агрессии	ООД	1 (5)	0 (0)	1 (6)	4 (18)
	Суицидальные попытки	3 (14)	5 (12)	0 (0)	3 (14)
	Склонность к агрессии по данным катамнеза	5 (24)	8 (20)	1 (6)	10 (45)

Сравнение проводилось с контрольными группами условно здоровых испытуемых, в которые вошел 101 человек (41 мужчина и 60 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 32 года), не страдающих психическими и неврологическими расстройствами и отрицающих у себя наличие каких-либо других хронических заболеваний. Их демографические показатели представлены в таблице 2.

Большинство участников контрольных групп не имели группы инвалидности, работали (врачи, средний и младший медицинский персонал, служащие, студенты), не совершали ООД и суицидальных попыток.

Таблица 2. Социо-демографические характеристики исследованных здоровых испытуемых.

Название характеристик	**Показатель**	**Численность испытуемых в контрольных группах, человек и % выборки (в скобках)**	
		женщины n=60	**мужчины n=41**
Семейное положение	в браке	17 (28)	25 (61)
	не в браке	43 (72)	16 (39)
Образование	среднее	2 (3)	12 (29)
	среднее специальное	10 (17)	2 (5)
	высшее	48 (80)	27 (66)
Сфера деятельности	рабочие	3 (5)	7 (17)
	служащие	37 (62)	24 (59)
	студенты	18 (30)	10 (24)
	не работают	2 (3)	0 (0)
Группа инвалидности	I группа	0 (0)	0 (0)
	II группа	0 (0)	0 (0)
	III группа	0 (0)	0 (0)
	нет группы	60 (100)	41 (100)
Место проживания	Квартира	60 (100)	41 (100)
	БОМЖ	0 (0)	0 (0)
Показатели агрессии	ООД	0 (0)	0 (0)
	Суицидальные попытки	0 (0)	0 (0)

Таким образом, в данной главе отражены методологические основы и методы исследования, отражены основные социо-демографические характеристики выборки, этапы исследования, позволяющие обосновать достоверность полученных данных.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

3.1. Результаты исследования структуры агрессии

В данном разделе приводятся результаты исследования агрессии, полученные методом стандартизированного самоотчета с использованием опросника Басса-Перри, сравнительный анализ полученных данных и их предварительное обсуждение (Худякова Ю. Ю., 2016).

В исследовании методом опросника Басса-Перри приняли участие 187 человек, из которых 94 (50,3%) – составили контрольную группу «условно здоровых», то есть лиц, не имеющих установленного и клинически подтвержденного диагноза «шизофрения». Подбор участников исследования в контрольной группе осуществлялся с учетом возрастного фактора. Группу больных составили 93 (49,7%) пациента Республиканской клинической психиатрической больницы (г. Ижевск) с клинически подтвержденным диагнозом «шизофрения». Предполагая влияние гендерных различий, мы сочли целесообразным разделение всех участников по признаку половой принадлежности, что стало основанием для дифференцированного обсуждения результатов, полученных в женской и мужской популяциях. Кроме того, поскольку в клинической практике большое значение для оценки динамики заболевания придается его продолжительности от момента клинически установленного дебюта, мы провели дополнительную дифференциацию пациентов клинической больницы. В соответствии с общепринятой практикой все больные с шизофренией были разделены на две группы – с длительностью заболевания менее пяти лет (первая экспериментальная группа) и более пяти лет

(вторая экспериментальная группа). Количественный состав групп участников исследования методом опросника Басса-Перри приведен в таблице 3.

Таблица 3. Количественный состав участников исследования методом опросника Басса-Перри, человек и % выборки (в скобках).

	Контрольная группа (КГ)	**Первая экспериментальная группа ($ЭГ_1$)**	**Вторая экспериментальная группа ($ЭГ_2$)**	**Всего**
Женская популяция	54 (28,9)	22 (11,8)	36 (19,3)	112 (59,9)
Мужская популяция	40 (21,4)	12 (6,4)	23 (12,3)	75 (40,1)
Всего	94 (50,3)	34 (18,2)	59 (31,6)	187 (100)

Результаты исследования в женской популяции. Для корректного обсуждения результатов больных за основу интерпретации были взяты результаты, полученные в контрольной группе здоровых участников исследования. Результаты контрольной группы женщин приведены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты выполнения теста в контрольной группе женщин (КГ).

Статистические показатели / **Компоненты**	**Сред. знач. (x)**	**Станд. откл. (σ)**	**ПОНД (%)**	**Ниже нормативных (%)**	**Выше нормативных (%)**
Поведенческий	19	6	34	30	4
Когнитивный	20	4,7	22	18	4
Эмоциональный	19,5	4,8	26	22	4
Интегральная шкала	58,8	11,7	30	26	4

Следует отметить однородность полученных результатов по трем шкалам (x) – выраженность поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессии у женщин контрольной группы имеет одинаковый уровень. Анализ показателей разброса индивидуальных данных (σ) позволяет говорить о некотором разнообразии проявления агрессии на поведенческом уровне. Для сравнительного анализа результатов выполнения теста в трех группах нами был введен показатель отклонения от нормативных данных (ПОНД), который представляет собой сумму двух показателей – доли результатов ниже и выше нормативных. В контрольной группе распределение отклоняющихся от

нормативных значений ответов имеет ассиметричный характер с очевидным преобладанием результатов ниже нормативных значений. Последнее свидетельствует о нетипичности проявлений поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессии в контрольной группе. Нельзя исключить определенное влияние на полученный результат фактора профессиональной принадлежности участников контрольной группы, которая предполагает индивидуальный контроль над проявлениями агрессии (медицинские работники, студенты и др.).

Результаты выполнения опросника Басса-Перри в первой экспериментальной группе женщин приведены в таблице 5.

Таблица 5. Результаты выполнения теста в первой экспериментальной группе женщин ($ЭГ_1$).

Статистические показатели / **Компоненты**	**Сред. знач. (x)**	**Станд. откл. (σ)**	**ПОНД (%)**	**Ниже нормативных (%)**	**Выше нормативных (%)**
Поведенческий	23,8	6,8	36	18	18
Когнитивный	25,3	6,8	45	9	36
Эмоциональный	19,3	5,5	28	23	5
Интегральная шкала	68,3	10,9	27	9	18

Приведенные в таблице средние значения (x) позволяют отметить их неоднородность для трех компонентов агрессии в сравнении с контрольной группой. Максимальная выраженность агрессивных проявлений в данной группе отмечается по когнитивной шкале, что подтверждается тремя показателями: средние значения, стандартное отклонение, показатель отклонения от нормативных данных (ПОНД). Когнитивный компонент агрессии в $ЭГ_1$ достоверно выше, чем в КГ ($U=270$, $p<0,01$) (табл. 7). На втором месте по выраженности в $ЭГ_1$ находится показатель поведенческого компонента агрессии, среднее значение которого достоверно выше, чем в КГ ($U=338$, $p<0,01$). Достоверных различий в показателях эмоционального компонента агрессии для участников двух групп (КГ и $ЭГ_1$) нет. По уровню агрессии показатели $ЭГ_1$ достоверно превосходят КГ ($U=305,5$, $p<0,01$).

Таким образом, больные (женщины) параноидной шизофренией с длительностью заболевания меньше 5 лет ($ЭГ_1$), согласно результатам стандартизированного самоотчета, являются более враждебными по сравнению с контрольной группой (здоровые женщины). Полученные результаты позволяют говорить о признании самими больными признаков агрессиии в своем поведении и мышлении. Эмоциональные показатели агрессивности в данном случае не имеют дифференциального значения.

Результаты второй экспериментальной группы женщин приведены в таблице 6.

Таблица 6. Результаты выполнения теста во второй экспериментальной группе женщин ($ЭГ_2$).

Статистические показатели / Компоненты	**Сред. знач. (x)**	**Станд. откл. (σ)**	**ПОНД (%)**	**Ниже нормативных (%)**	**Выше нормативных (%)**
Поведенческий	23,7	6,5	36	8	28
Когнитивный	26	4,7	47	3	44
Эмоциональный	18,5	6,3	28	22	6
Интегральная шкала	68,2	13,2	28	11	17

Во второй экспериментальной группе распределение статистических показателей аналогично таковому в первой экспериментальной группе. Получен достоверно высокий показатель когнитивного компонента по сравнению с таковым в КГ ($U=376,5$, $p<0,01$). Стандартное отклонение подтверждает высокую согласованность результатов опроса по когнитивной шкале. На втором месте – поведенческий компонент агрессии, среднее значение для которого достоверно выше по сравнению с КГ ($U=526$, $p<0,01$), достоверных различий по этому показателю для $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ не выявлено.

Следует отметить изменение в распределении ПОНД для поведенческой шкалы: если в $ЭГ_1$ оно имеет симметричный характер (18% и 18%), то в $ЭГ_2$ возрастает доля ответов превышающих нормативные (8% и 28%), что свидетельствует о нарастании поведенческих проявлений агресси с течением болезни. Дополнительно проанализирована направленность поведенческого компонента агрессии на одушевленные и неодушевленные объекты. Из 9-ти пунктов шкалы «поведенческий компонент агрессии» восемь высказываний

описывают агрессивное поведение по отношению к людям, одно – по отношению к неодушевленным предметам (вопрос 29). Сравнительный анализ средних значений ответов на данный вопрос в трех группах показал, что в $ЭГ_2$ оно достоверно выше, чем в КГ ($U=727,5$, $p<0,05$), то есть больные признают, что предметом их агрессивного поведения могут выступать и неодушевленные объекты. Корреляционный анализ свидетельствует о независимости двух значений – показателя направленности агрессии на неодушевленные объекты и общего показателя поведенческой агрессии. В КГ отмечается иная зависимость: с ростом направленности агрессии на неодушевленные объекты повышается общий показатель поведенческого компонента агрессии ($rs=0,649$, $p<0,01$). Указанная особенность косвенно подтверждает эквивалентность одушевленных и неодушевленных объектов поведенческой агрессии для больных шизофренией.

В $ЭГ_2$ для шкалы «эмоциональный компонент агрессии» наблюдается распределение статистических показателей, аналогичное таковому в КГ и $ЭГ_1$: наименьшее значение ПОНД с преобладанием значений ниже нормативных. Вместе с тем, проявления агрессии в эмоциях становятся более разнообразными ($\sigma=6,3$).

По уровню агрессии показатели $ЭГ_2$ превосходят КГ ($U=496$, $p<0,01$). Достоверных различий по уровню агрессии между $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ выявлено не было.

Таблица 7. Компоненты агрессии в КГ, $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ женщин.

Компоненты агрессии	**Средние значения**			**Различия (U – критерий Манна-Уитни)**		
	КГ	**$ЭГ_1$**	**$ЭГ_2$**	**КГ-$ЭГ_1$**	**КГ-$ЭГ_2$**	**$ЭГ_1$-$ЭГ_2$**
Поведенческий	19±6	23,8 ±6,8	23,7±6,5	338**	526**	—
Когнитивный	20±4,7	25,3±6,8	26±4,7	270**	376,5**	—
Эмоциональный	19,5±4,8	19,3±5,5	18,5±6,3	—	—	—
Интегральная шкала	58,8±11,7	68,3±10,9	68,2±13,2	305,5**	496**	—

Условные обозначения: **- уровень достоверности $p<0,01$; ***-** уровень достоверности $p<0,05$

В заключение был проведен дополнительный корреляционный анализ взаимосвязей между поведенческим, когнитивным и эмоциональным компонентом (рис. 1).

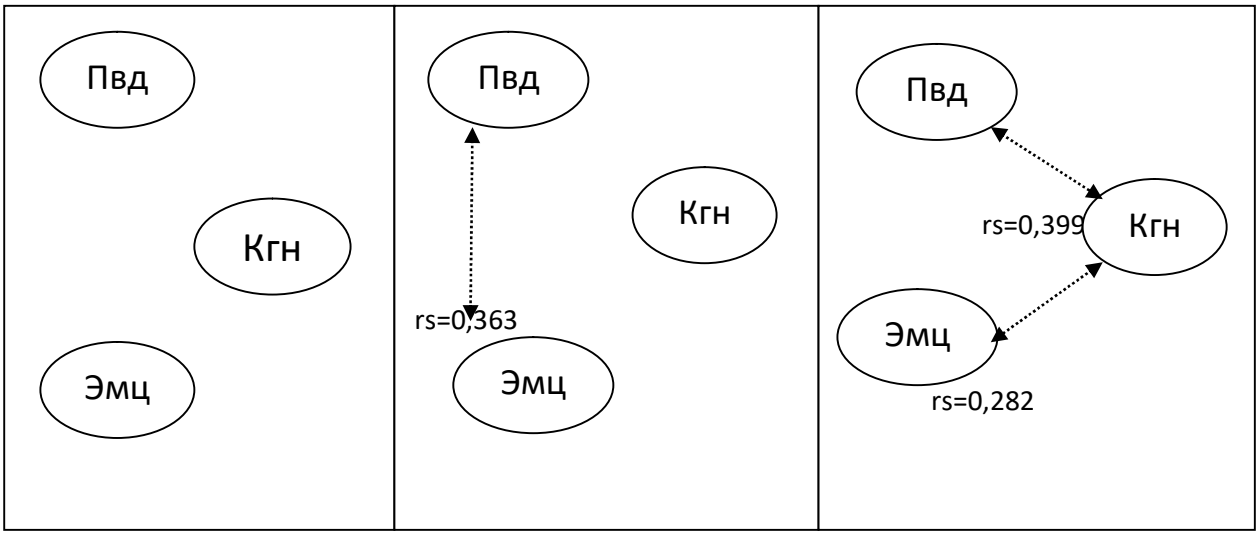


Рис. 1. Корреляционные взаимосвязи между компонентами агрессии – поведенческим (Пвд), когнитивным (Кгн) и эмоциональным (Эмц) в трех группах женской популяции

В контрольной группе (КГ) выявлены достоверные взаимосвязи между поведенческим компонентом и когнитивным ($p<0,01$), когнитивным компонентом и эмоциональным ($p<0,05$), достоверных взаимосвязей между поведенческим компонентом и эмоциональным не выявлено. Полученная структура агрессивности у здоровых женщин позволяет предположить отсутствие конгруэнтности между их поведением и эмоциональным состоянием. Поведение отличается разнообразием, при большей однородности проявлений агрессии в мышлении и эмоциях. Разрядка напряжения чаще происходит косвенным образом. Женщины контрольной группы склонны отрицать проявления агрессии в своих мнениях, эмоциональных переживаниях, в своем поведении.

В экспериментальной группе ($ЭГ_1$) достоверные взаимосвязи между компонентами отсутствуют, что свидетельствует о диссоциированной структуре агрессивности – поведенческий, когнитивный и эмоциональный компоненты не взаимосвязаны. Наибольшие различия отмечаются в проявлениях агрессивности в поведении и в мышлении. Эмоциональные проявления агрессивности однотипны. Больные характеризуются повышенной враждебностью, проявления которой они и описывают согласно утверждениям стандартизированного опросника.

У участников второй экспериментальной группы ($ЭГ_2$) выявлены достоверные взаимосвязи между поведенческим компонентом и эмоциональным ($p<0,05$), что также подтверждает диссоциированный характер структуры агрессивности. Эмоциональное напряжение проявляется непосредственно в поведении и не опосредуется когнитивной переработкой. Когнитивные проявления агрессии однотипны. Участники группы отличаются враждебностью: им свойственны чувства обделенности, ревности, подозрительности; часто не понимают причин своих огорчений, не доверяют слишком доброжелательным людям. Участники $ЭГ_2$ в большей степени, чем другие отмечают в своем поведении признаки агрессии: желание ударить другого человека (в случае провокации – ударят), готовность применить физическую силу в ответ на чужую агрессию; дерутся чаще, чем окружающие. Бывает, что они угрожают своим знакомым. Иногда они выходят из себя настолько, что ломают вещи. Для их агрессивного поведения одушевленные и неодушевленные объекты равнозначны.

Результаты исследования в мужской популяции. Результаты, полученные в контрольной группе здоровых мужчин, приведены в таблице 8.

Следует отметить неоднородность полученных результатов по трем шкалам (x) – у здоровых мужчин преобладает поведенческий компонент агрессивности. Анализ показателей разброса индивидуальных данных (σ) позволяет говорить о разнообразии агрессивных проявлений на поведенческом уровне. На втором месте по выраженности находится когнитивный показатель агрессивности, на третьем – эмоциональный компонент. Стандартное отклонение подтверждает высокую согласованность результатов опроса по эмоциональной шкале.

Таблица 8. Результаты выполнения теста в контрольной группе мужчин (КГ).

Статистические показатели / **Компоненты**	**Сред. знач. (x)**	**Станд. откл. (σ)**	**ПОНД (%)**	**Ниже нормативных (%)**	**Выше нормативных (%)**
Поведенческий	22,9	6	28	28	0
Когнитивный	18,4	5,3	38	33	5
Эмоциональный	16	4	58	58	0
Интегральная шкала	57,3	13,2	58	55	3

В КГ мужчин распределение отклоняющихся от нормативных значений ответов (ПОНД) имеет ассиметричный характер с очевидным преобладанием результатов ниже нормативных значений. Последнее свидетельствует о нетипичности феноменологических проявлений поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности в контрольной группе. Нельзя исключить определенное влияние на полученный результат фактора профессиональной принадлежности участников контрольной группы, которая предполагает индивидуальный контроль над проявлениями агрессии (медицинские работники, студенты и др.). Следует отметить однородность и невыраженность эмоциональных проявлений агрессивности относительно поведенческих ($U=284$, $p<0,01$) и когнитивных ($U=581$, $p<0,05$).

Результаты выполнения опросника Басса-Перри в первой экспериментальной группе мужчин приведены в таблице 9.

Таблица 9. Результаты выполнения теста в первой экспериментальной группе мужчин ($ЭГ_1$).

Статистические показатели / **Компоненты**	**Сред. знач. (x)**	**Станд. откл. (σ)**	**ПОНД (%)**	**Ниже нормативных (%)**	**Выше нормативных (%)**
Поведенческий	21,9	5,6	25	25	0
Когнитивный	21,7	5,6	33	8	25
Эмоциональный	17,4	3,4	33	33	0
Интегральная шкала	61	11,1	25	25	0

Структура распределения статистических показателей для поведенческого и эмоционального компонентов данной экспериментальной группе аналогична таковой в контрольной группе.

Достоверных различий поведенческого, когнитивного, эмоционального компонентов агрессии, уровня агрессии при сравнении КГ и $ЭГ_1$ выявлено не было.

Результаты второй экспериментальной группы мужчин приведены в таблице 10.

Таблица 10. Результаты выполнения теста во второй экспериментальной группе мужчин ($ЭГ_2$).

Статистические показатели / Компоненты	Сред. знач. (x)	Станд. откл. (σ)	ПОНД (%)	Ниже нормативных (%)	Выше нормативных (%)
Поведенческий	24,8	5,9	30	17	13
Когнитивный	24	6,3	43	13	30
Эмоциональный	19	7,3	56	43	13
Интегральная шкала	68	15,3	30	17	13

В $ЭГ_2$ обращает на себя внимание неоднородность результатов с преобладанием поведенческого компонента (таблица 11). Достоверных различий по шкале «поведенческий компонент агрессии» при сравнении КГ, $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ выявлено не было. Вместе с тем, следует отметить изменение в распределении ПОНД для поведенческой шкалы в этой группе. Если в $ЭГ_1$ преобладают показатели ниже нормативных значений (25% и 0%), то в $ЭГ_2$ отклонение имеет симметричный характер (17% и 13%), что свидетельствует о нарастании с течением болезни проявлений агрессии в поведении.

Таблица 11. Компоненты агрессии в КГ, $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ мужчин.

Компоненты агрессии	Средние значения			Различия (U – критерий Манна-Уитни)		
	КГ	$ЭГ_1$	$ЭГ_2$	КГ-$ЭГ_1$	КГ-$ЭГ_2$	$ЭГ_1$-$ЭГ_2$
Поведенческий	22,9±6	21,9±5,6	24,8±5,9	—	—	—
Когнитивный	18,4±5,3	21,7±5,6	24±6,3	—	209,5**	—
Эмоциональный	16±4	17,4±3,4	19±7,3	—	—	—
Интегральная шкала	57,3±13,2	61±11,1	68±15,3	—	225**	—

Условные обозначения: **- уровень достоверности p<0,01; ***-** уровень достоверности p<0,05

Показатель средних значений (x) для когнитивной шкалы выше, чем в КГ (U=209,5, p<0,01) При сравнение средних показателей в $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ достоверных различий не обнаружено.

Для шкалы «эмоциональный компонент агрессии» наблюдается аналогичное распределение таковому в КГ и $ЭГ_1$: средние значения наименьшие, ПОНД наибольший с преобладанием значений ниже нормативных. Стандартное отклонение (σ) подтверждает низкую согласованность результатов опроса по эмоциональной шкале в $ЭГ_2$.

По уровню агрессивности показатели $ЭГ_2$ превосходят КГ (U=255, p<0,01). Достоверных различий по уровню агрессивности между $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ выявлено не было.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что мужчины с шизофренией более враждебны, чем здоровые мужчины. С течением болезни происходит нарастание поведенческих и когнитивных проявлений агрессивности.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей между поведенческим, когнитивным и эмоциональным компонентом представлены ниже (Рис. 2). У мужчин контрольной группы (КГ) выявлены достоверные взаимосвязи между всеми компонентами агрессивности: поведенческим и когнитивным (p<0,01), когнитивным и эмоциональным (p<0,01), поведенческим и эмоциональным (p<0,01). Мужчины КГ имеют разнообразный рисунок агрессивного поведения. Эмоциональные проявления агрессии однородны и менее выражены в сравнении с поведенческими и когнитивными. Мужчины КГ склонны отрицать проявления агрессивности в своих мнениях, эмоциональных переживаниях, в своем поведении. Проявления агрессивности они чаще всего отмечают в своем поведении.

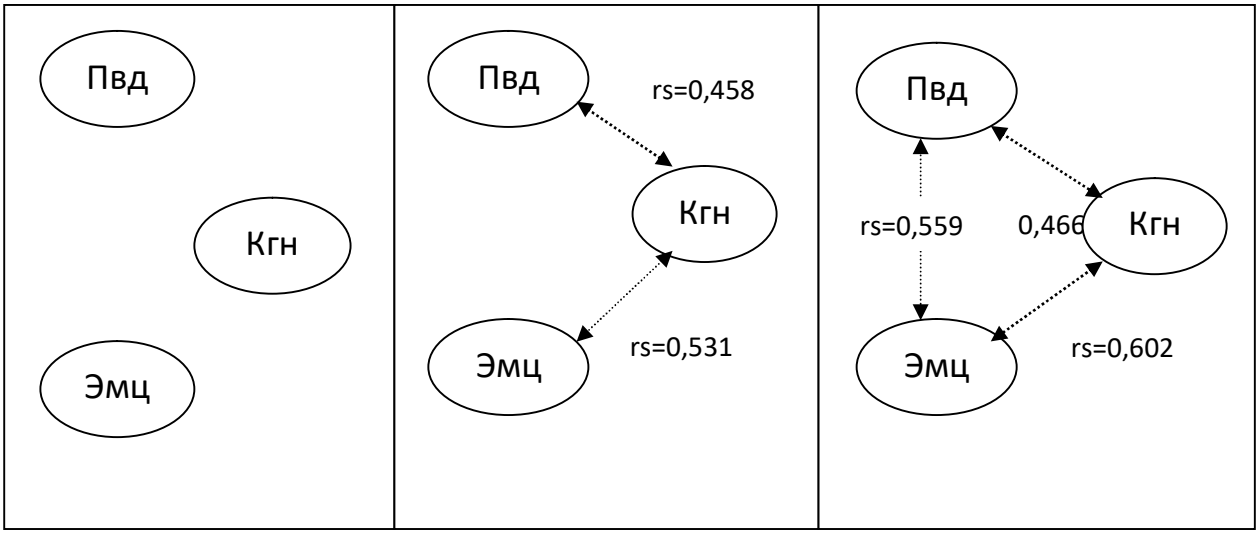


Рис. 2. Корреляционные взаимосвязи между компонентами агрессии – поведенческим (Пвд), когнитивным (Кгн) и эмоциональным (Эмц) в трех группах мужской популяции.

В экспериментальной группе мужчин ($ЭГ_1$) достоверные взаимосвязи между компонентами отсутствуют, что свидетельствует о диссоциированной структуре агрессивности – поведенческий, когнитивный и эмоциональный компоненты не взаимосвязаны. Наибольшие различия отмечаются в проявлениях агрессии в поведении и в мышлении. Эмоциональные проявления агрессивности однотипны. Отмечается высокий когнитивный компонент агрессивности.

Во второй экспериментальной группе мужчин ($ЭГ_2$) структура агрессивности соответствует структуре агрессивности женщин контрольной группы: выявлены достоверные взаимосвязи между поведенческим компонентом и когнитивным ($p<0,05$), когнитивным компонентом и эмоциональным ($p<0,01$), достоверных взаимосвязей между поведенческим компонентом и эмоциональным не выявлено. Полученная структура агрессивности у мужчин $ЭГ_2$ позволяет предположить отсутствие конгруэнтности между их поведением и эмоциональным состоянием. Разрядка напряжения чаще происходит косвенным образом. Определяется недифференцированность поведенческого и когнитивного компонентов. Участники $ЭГ_2$ отличаются враждебностью: им свойственны чувства обделенности, ревности, подозрительности; часто не понимают причин своих огорчений; не доверяют доброжелательным людям. Отмечается тенденция к нарастанию агрессивных проявлений в поведении.

Проведенное исследование агрессивности на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях реагирования методом стандартизированного самоотчета (по Бассу-Перри) позволяет сделать ряд предварительных выводов, имеющих дифференциальное значение, как в диагностической, так и коррекционно-психотерапевтической практике.

В контрольной группе получены результаты, подтверждающие нетипичность проявлений агрессии у «условно здоровых» испытуемых (высокая доля результатов ниже нормативных). Гендерные различия проявляются в двух моментах: для мужчин преобладающей формой проявления агрессивности выступает поведенческий компонент с минимизацией эмоционального

компонента. Второе различие касается структуры агрессивности: для мужчин характерна высокая взаимозависимость проявлений всех трех компонентов (поведенческого, когнитивного и эмоционального), что позволяет говорить об их когерентности, обеспечивающей адекватность агрессивных проявлений. В женской группе характерно отсутствие взаимосвязи между поведенческим и эмоциональным компонентами агрессивности, что позволяет говорить о возможном несоответствии поведения женщины и ее переживаний в ситуации роста субъективного напряжения.

Для больных шизофренией длительностью не более пяти лет – женщин и мужчин, – характерна высокая враждебность, признаваемая самими больными, что проявляется в достоверном увеличении когнитивного компонента агрессии. Отличительным признаком данной группы больных (без гендерных различий) является диссоциированная структура агрессивных проявлений вследствие отсутствия взаимозависимостей между компонентами.

Для больных с продолжительностью заболевания более пяти лет – и женщин, и мужчин – характерно повышение показателя поведенческой агрессивности на фоне роста когнитивного показателя.

В мужской группе больных шизофренией выявлена зависимость между когнитивным и эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами в структуре агрессивности без соответствующей связи между эмоциональным и поведенческим компонентами. Подобная структура агрессии была получена также и в группе здоровых женщин, которая была проинтерпретирована как несоответствие переживаний их поведенческому проявлению. Можно предположить, что у мужчины с продолжительным течением заболевания в самой феноменологии агрессии просматриваются особенности нетипичного (женского) способа «переработки» напряжения и соответствующих способов его разрядки. Кроме того, у мужчин с продолжительным течением заболевания отмечается недифференцированность поведенческого и когнитивного компонентов. У женщин с продолжительным течением заболевания эмоциональное напряжение разряжается непосредственно в поведении без когнитивной переработки.

3.2. Результаты психодиагностики поведенческих агрессивных тенденций и склонности к агрессивному поведению

В данном разделе описаны результаты исследования с использованием проективного «Hand-теста», который в силу своих конструктивных особенностей позволяет надежно прогнозировать и качественно оценивать такое специфическое свойство личности, как открытое агрессивное поведение (Курбат,1996). Автор методики (А.Вагнер) рассматривал открытое агрессивное поведение как поведение, противоречащее социальным нормам в ситуациях совместной деятельности. Параграф посвящен сравнительному анализу полученных данных и их предварительному обсуждению. Количественный состав групп участников исследования методом Hand-теста приведен в таблице 12.

Таблица 12. Количественный состав участников исследования методом Hand-теста, человек и % выборки (в скобках).

	Контрольная группа (КГ)	**Первая экспериментальная группа ($ЭГ_1$)**	**Вторая экспериментальная группа ($ЭГ_2$)**	**Всего**
Женщины	60 (30,0)	22 (11)	40 (20)	122 (66)
Мужчины	39 (19,5)	13 (6,5)	26 (13)	78 (34)
Всего	99 (49,5)	35 (17,5)	66 (33)	200 (100)

Одним из основных показателей продуктивности деятельности участников исследования является показатель общего количества ответов, который выражает общую психологическую готовность человека к соответствующей активности, уровень его мотивации участия в исследовании, и в качестве косвенного показателя – достоверности полученных результатов. Процентное распределение данного показателя в различных группах участников исследования приведено в таблице 13.

Проверка статистической гипотезы о независимости классификаций с учетом признаков наличия/отсутствия болезни и уровня психологической активности осуществлялась с использованием χ^2-критерия и таблицы

сопряженности признаков. Для женской популяции подтверждена гипотеза о связи указанных признаков, а именно – с течением заболевания отмечается достоверное снижение уровня психологической активности (χ^2=14,47; $_{0,95}\chi^2_6$=12,59), что нашло свое отражение в снижении показателя общего количества ответов. Для мужчин нулевую гипотезу о независимости признаков нельзя отклонить – достоверных изменений в распределении общего количества ответов в трех группах участников исследования не отмечается.

Таблица 13. Показатели общего количества ответов для «Hand-теста» в мужских и женских группах участников исследования (в %).

Участники / **Уровни психологической активности**	**Женщины**			**Мужчины**		
	КГ (n=60)	**ЭГ$_1$ (n=22)**	**ЭГ$_2$ (n=40)**	**КГ (n=39)**	**ЭГ$_1$ (n=13)**	**ЭГ$_2$ (n=26)**
Низкая активность (<15)	25	32	50	33	31	35
Средняя активность (15-25)	37	50	40	33	46	46
Высокая активность (26-40)	32	18	10	24	23	19
Гиперактивность (>40)	6	0	0	10	0	0

Аналогичный результат получен для категории «Описание» (Des), к которой относятся ответы, не подразумевающие какие-либо тенденции к действию и представляющие собой простое физическое описание руки (таблица 14). Подобные ответы противоречат инструкции («Что, по Вашему мнению, делает эта рука?»), а потому выступают косвенным показателем формального отношения испытуемого к выполнению задания, или формализации деятельности.

Таблица 14. Показатели ответов категории «Описание» в мужских и женских группах участников исследования (в %).

Участники / **Des**	**Женщины**			**Мужчины**		
	КГ (n=60)	**ЭГ$_1$ (n=22)**	**ЭГ$_2$ (n=40)**	**КГ (n=39)**	**ЭГ$_1$ (n=13)**	**ЭГ$_2$ (n=26)**
Присутствуют	32	55	76	74	69	58
Отсутствуют	68	45	24	26	31	42

Проверка статистической гипотезы о независимости признаков получила подтверждение только для мужских групп (χ^2=2,01). Следует отметить как феноменологическую тенденцию (не имеющую статистической достоверности) – уменьшение этой категории в группах больных. У женщин с нарастанием

болезненного процесса отмечается рост числа ответов данной категории (χ^2=20,33; $_{0,95}\chi^2_2$=5,99).

Таким образом, сравнительный анализ психологической продуктивности по показателю общего количества ответов и категории «Описание» в проективной методике «Hand-тест» позволяет говорить о преобладании негативных признаков болезни в виде снижения таких показателей, как тенденция к действию, общая эргичность и личностная активность, а также склонности к формализации деятельности в женской популяции.

Результаты исследования в женской популяции (таблица 15).

Таблица 15. Средние показатели готовности к открытому агрессивному поведению и социальной кооперации в женских группах участников исследования.

Категории	**Среднее арифметическое (в %)**			**Достоверность различий (U – критерий Манна-Уитни)**		
	КГ	**$ЭГ_1$**	**$ЭГ_2$**	**КГ - $ЭГ_1$**	**КГ - $ЭГ_2$**	**$ЭГ_1$ - $ЭГ_2$**
Агрессия	7,65	7,05	8,25	—	—	—
Директивность	5,82	5,86	5,38	—	—	—
Аффектация	7,67	8,95	6,43	—	—	—
Коммуникация	20,23	14,91	14,08	96*	848*	—
Зависимость	5,27	9,73	6,78	427*	—	—

Примечание: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Согласно руководству по применению «Hand-теста», главной детерминантой открытого агрессивного поведения является недоразвитие установок социального сотрудничества, а не наличие развитых агрессивных тенденций (Курб, 1996). Поэтому при сравнительном анализе основное внимание было уделено показателям двух групп категорий – готовности к открытому агрессивному поведению (категории «Агрессия» и «Директивность») и социальной кооперации (категории «Аффектация», «Коммуникация», «Зависимость»).

Проверка статистических гипотез о независимости распределений по каждой категории осуществлялась с использованием критериев непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Сравнивались распределения показателей в трех группах. По категориям готовности к открытому агрессивному поведению достоверных различий между группами не обнаружено. По категориям социальной кооперации получен ряд статистических зависимостей. Для категории «Аффектация» достоверных различий в распределении показателей не обнаружено. Получены статистических достоверные различия в распределении показателей для категории «Коммуникация» в контрольной группе и двум экспериментальным группам: КГ – $ЭГ_1$ ($U=96$; $p<0,05$) и КГ – $ЭГ_2$ ($U=848,5$, $p<0,05$). Показатели в контрольной группе значительно выше, чем в экспериментальных, различия же в распределении показателей в обеих экспериментальных группах статистически недостоверны. По категории «Зависимость» наибольшие значения отмечаются в $ЭГ_1$, которые достоверно выше по сравнению с показателями в КГ ($U=427$, $p<0,05$), различий в распределении показателей зависимости между КТ и $ЭГ_2$, а также между обеими экспериментальными группами не обнаружено.

Склонность к открытому агрессивному поведению оценивается путем сравнения тенденций, отражающих готовность к открытому агрессивному поведению и предполагающих кооперацию: $I = (Agg + Dir) – (Aff + Com + Dep)$. Данный показатель подсчитывается в баллах, а не в процентах. Согласно руководству по использованию данной методики (Курб, 1996), значения показателя образуют три диагностические зоны интерпретации: зона низкой вероятности открытой агрессии (при $I \leq –1$), зона контролируемой агрессии, или возможной агрессии с близкими людьми ($I = 0$), зона **реальной** вероятности проявления агрессии и открытого агрессивного поведения (при $I \geq +1$).

Распределение полученных результатов в трех женских группах с учетом трех выделенных диагностических зон представлено в таблице 16.

Таблица 16. Показатель склонности к открытому агрессивному поведению в женской популяции.

Зоны / Группы	Низкая вероятность агрессии (I ≤ –1)	Контролируемая агрессия (I = 0)	Высокая вероятность агрессии (I ≥ +1)
КГ	54	0	6
$ЭГ_1$	20	1	1
$ЭГ_2$	30	5	5

Проверка статистической гипотезы о независимости признаков (наличие болезни – склонность к агрессии) осуществлялась с использованием таблицы сопряженности признаков и χ^2-критерия. Зависимость между признаками в женских группах достаточно слабая, хотя говорить о ее полном отсутствии неправомерно (χ^2=9,3; $_{0,95}\ \chi^2_4$=9,49). Приведенные в таблице данные позволяют говорить о нарастании склонности к открытому агрессивному поведению с течением заболевания. Анализ соотношения описанных категории позволяет предположить, что основная причина нарастания агрессии у больных связана с изменением показателей социального сотрудничества (для больных женщин – это категории «Коммуникация» и «Зависимость»). Отсутствие различий между КТ и обеими ЭГ по категории «Аффектация» в сочетании со значимым снижением коммуникативных показателей свидетельствует о неспособности больных женщин к предметно-деловому общению с преобладанием эмоционально-оценочного контекста в отношениях с другими людьми.

Поскольку предметом нашего исследования выступают агрессия и склонность к агрессивному поведению, мы сочли необходимым провести корреляционный анализ между показателями категории «Агрессия» и других категорий, отражающих поведенческие тенденции, измеряемые с помощью «Hand-теста» (таблице 17).

Таблица 17. Значимые корреляционные связи между агрессией и другими категориями «Hand-теста» в женской популяции

Категории / Группы	Dir	Com	Aff	Dep	Crip	Des	F	Ten	Act	Pas	Ex
КТ	-	-	-	-	-	-	0,316*	-	-	-	

$ЭГ_1$	-	-	-	-	0,458*	-	-	-	-	0,459*	-
$ЭГ_2$	-	-	-	-	-	-0,396*	-	-	-	-	-

Примечание: * p<0,05; **p<0,01

Таким образом, в женских группах выявлен ряд особенностей, характеризующих проявления агрессии участников психодиагностического исследования. С течением болезни проявления агрессии становятся более разнородными. В частности, снижаются коммуникативные тенденции, а в первые пять лет заболевания повышаются черты зависимости. В совокупности указанных тенденций отмечается повышение склонности к открытому агрессивному поведению у женщин с длительностью заболевания более пяти лет. Наряду со снижением способности к кооперации при шизофрении в психической структуре личности образуются компенсаторные взаимосвязи. У женщин с длительностью заболевания менее пяти лет при усилении агрессивных тенденций увеличивается пассивность и аутоагрессивные тенденции. У женщин с длительностью заболевания более пяти лет на фоне формализации деятельности снижаются агрессивные тенденции. У здоровых женщин при усилении агрессивных тенденций увеличивается страх собственной деструктивности.

Результаты исследования в мужской популяции представлены в таблице 18.

Таблица 18. Средние показатели готовности к открытому агрессивному поведению и социальной кооперации в мужских группах участников исследования.

Категории	**Средние значения (в %)**			**Достоверность различий (U – критерий Манна-Уитни)**		
	КГ	**$ЭГ_1$**	**$ЭГ_2$**	**КГ - $ЭГ_1$**	**КГ - $ЭГ_2$**	**$ЭГ_1$ - $ЭГ_2$**
Агрессия	11,4	9,3	11,9	—	—	—
Директивность	6,4	4,5	6,07	—	—	—
Аффектация	10,2	9,0	7,6	—	—	—
Коммуникация	19,3	28,6	21,03	117,5**	—	100,5*
Зависимость	5,07	3,7	7,8	—	—	—

Примечание: * p<0,05; **p<0,01

В группах мужчин, как и в группах женщин, проверка статистических гипотез о независимости распределений по каждой категории осуществлялась с использованием критериев непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Сравнивались распределения показателей в трех группах. По категориям готовности к агрессивному поведению достоверных различий между группами не обнаружено. По категориям социальной коммуникации были получены статистические зависимости. Для категорий «Аффектация» и «Зависимость» достоверных различий в распределении показателей не обнаружено.

Выявлены статистически достоверные различия по шкале «Коммуникация». В $ЭГ_1$ средние значения выше, чем в КГ (U=117,5, p<0,01), и чем в $ЭГ_2$ (U=100,5, p<0,05). При сравнении по показателю «Коммуникация» $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ достоверных различий выявлено не было.

В мужских группах была оценена склонность к открытому агрессивному поведению.

Распределение полученных результатов в трех мужских группах с учетом трех выделенных диагностических зон представлено в таблице 19.

Таблица 19. Показатель склонности к открытому агрессивному поведению в мужской популяции.

Зоны / **Группы**	**Низкая вероятность агрессии (I ≤ –1)**	**Контролируемая агрессия (I = 0)**	**Высокая вероятность агрессии (I ≥ +1)**
КГ	33	4	2
$ЭГ_1$	13	0	0
$ЭГ_2$	21	3	2

Проверка статистической гипотезы о независимости признаков (наличие болезни – склонность к агрессии) осуществлялась с использованием таблицы сопряженности признаков и χ^2-критерия. Зависимость между признаками в мужских группах отсутствует (χ^2=2,24; χ^2=0,219). Приведенные в таблице данные не позволяют говорить о нарастании склонности к открытому агрессивному поведению с течением заболевания в мужской выборке.

Повышение показателей по категории «Коммуникация» отражает склонность воспринимать нейтральные социальные ситуации как личностно значимые. Отсутствие различий между КТ и обеими ЭГ по категории «Аффектация» в сочетании с повышением коммуникативных показателей свидетельствует о преобладании формального общения с другими людьми.

В мужских группах был проведен корреляционный анализ между показателями категории «Агрессия» и других категорий, отражающих поведенческие тенденции, измеряемые с помощью «Hand-теста» (таблица 20). У мужчин шизофренией длительностью заболевания более 5 лет при усилении агрессивных тенденций отмечается снижение активности в отношении физической среды.

Таблица 20. Значимые корреляционные связи между агрессией и другими категориями «Hand-теста» в мужской популяции.

Категории / Группы	Dir	Com	Aff	Dep	Crip	Des	F	Ten	Act	Pas	Ex
КТ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
$ЭГ_1$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
$ЭГ_2$	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,430*	-	-

Таким образом, в мужских группах выявлен ряд особенностей, характеризующих проявления агрессии. С течением болезни проявления агрессии становятся более разнородными. Усиливается формальность общения, склонность придавать личностное значение нейтральным ситуациям. В психической структуре личности образуются компенсаторные взаимосвязи. У мужчин с длительностью заболевания более пяти лет при усилении агрессивных тенденций снижается активность в отношении физической среды.

3.3. Результаты психодиагностики мотивационной сферы

В данном разделе приводятся результаты исследования мотивационной сферы с использованием теста Сонди, сравнительный анализ полученных данных и их предварительное обсуждение (Худякова Ю. Ю., 2014, 2015). Количественный состав групп участников исследования методикой Сонди приведен в таблице 21.

Таблица 21. Количественный состав участников исследования методом Сонди, человек и % выборки (в скобках).

	Контрольная группа (КГ)	**Первая экспериментальная группа ($ЭГ_1$)**	**Вторая экспериментальная группа ($ЭГ_2$)**	**Всего**
Женская популяция	60 (30)	22 (11)	40 (20)	122 (61)
Мужская популяция	41 (20,5)	11 (5,5)	26 (13)	78 (39)
Всего	101 (50,5)	33 (16,5)	66 (33)	200 (100)

Для оценки мотивационных склонностей и степени их напряженности использовалась методика Сонди. Методика представляет собой стимульный материал из 48 портретов людей с восемью типами психических расстройств. Фотографии сгруппированы в шесть серий, в каждой из которых представлены восемь факторов. Исследователь последовательно предъявляет шесть серий стимульного материала, раскладывая перед испытуемым фотографии в определенной последовательности. Задача испытуемого выбрать в каждой серии по две фотографии — привлекательные для него и непривлекательные. Эта процедура повторяется каждый раз по предъявлении каждой новой серии — их всего 6. Выбранные портреты регистрируются согласно порядковому номеру каждого портрета от 1 до 8 и коду каждого портрета, отражающему его факторное значение. Полученным количественным показателям методики (количество выбранных портретов как предпочитаемых, так и отвергаемых в сумме) присваивался ранг (от 1 до 8). Выделенный ранг является количественной характеристикой напряженности определенной потребности.

Среднее количество портретов для каждого фактора – 3. Наиболее напряженными потребностями мы будем считать те, ранг которых превышает указанное значение.

Результаты исследования в женской популяции. Результаты женщин КГ, $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ по уровню напряженности мотивационных личностных факторов представлены в таблице 22.

Таблица 22. Уровень напряженности мотивационных личностных факторов в группах женщин.

Группы			**Мотивационные факторы**							
			h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
Среднее арифметическое	**КГ**	**x**	**3,2**	2,7	2,8	**3,0**	2,8	2,5	2,9	**3,7**
		q	1,3	1,2	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	1,3
	$ЭГ_1$	**x**	2,9	2,7	**3,2**	**3,4**	**3,0**	2,6	2,7	**3,2**
		q	1,1	1,3	1,3	1,2	0,9	1,3	1,3	1,3
	$ЭГ_2$	**x**	**3,1**	**3,3**	**3,0**	**3,1**	2,9	2,2	**3,2**	2,9
		q	1,3	1,0	1,3	1,0	1,4	1,2	1,1	1,2
Различия	**КГ- $ЭГ_1$**		—	—	—	—	—	—	—	—
	КГ- $ЭГ_2$		—	847,5**	—	—	—	—	—	839**
	$ЭГ_1$-$ЭГ_2$		—	305*	—	—	—	—	—	—

Примечание: x – среднее арифметическое; **q –** стандартное отклонение; * p<0,05; **p<0,01

В контрольной группе женщин (КГ) наиболее напряженными и актуальными являются потребность в нежности и материнстве (h), в пассивности (h), желание быть женщиной (h), потребность в привязанности к приобретенному объекту (m), в сохранении приобретенного объекта (m), в демонстративности (hy).

В первой экспериментальной группе женщин ($ЭГ_1$), как и в КГ женщин, преобладают потребности в демонстративности (hy), в привязанности к приобретенному объекту (m), в сохранении приобретенного объекта (m). Помимо этого, актуальными являются потребность в накоплении грубых аффектов (e) и в ограничивании своего Я (k). По показателю потребности в ограничивании своего

Я $ЭГ_1$ однородна, на что косвенно указывает показатель стандартного отклонения.

Достоверных различий в напряженности мотивационных личностных факторов при сравнении КГ и $ЭГ_1$ не выявлено.

Во второй экспериментальной группе отмечается напряженность всех мотивационных личностных факторов, за исключением сферы Я (k, p). По сравнению с КГ, у женщин $ЭГ_2$ достоверно снижена напряженность потребности в привязанности к объекту (m) ($U=839$, $p<0,01$). У женщины $ЭГ_2$ мотивационный личностный фактор агрессии (s) наиболее выражен по сравнению с женщинами КГ и $ЭГ_1$. У женщин $ЭГ_2$ он выше, чем у женщин КГ ($U=847,5$, $p<0,01$) и чем у женщин $ЭГ_1$ ($U=305$, $p<0,05$).

Был проведен дополнительный корреляционный анализ взаимосвязей мотивационного личностного фактора агрессии (s) и других мотивационных личностных факторов. Корреляционный анализ демонстрирует способы регуляции агрессии в представленных группах.

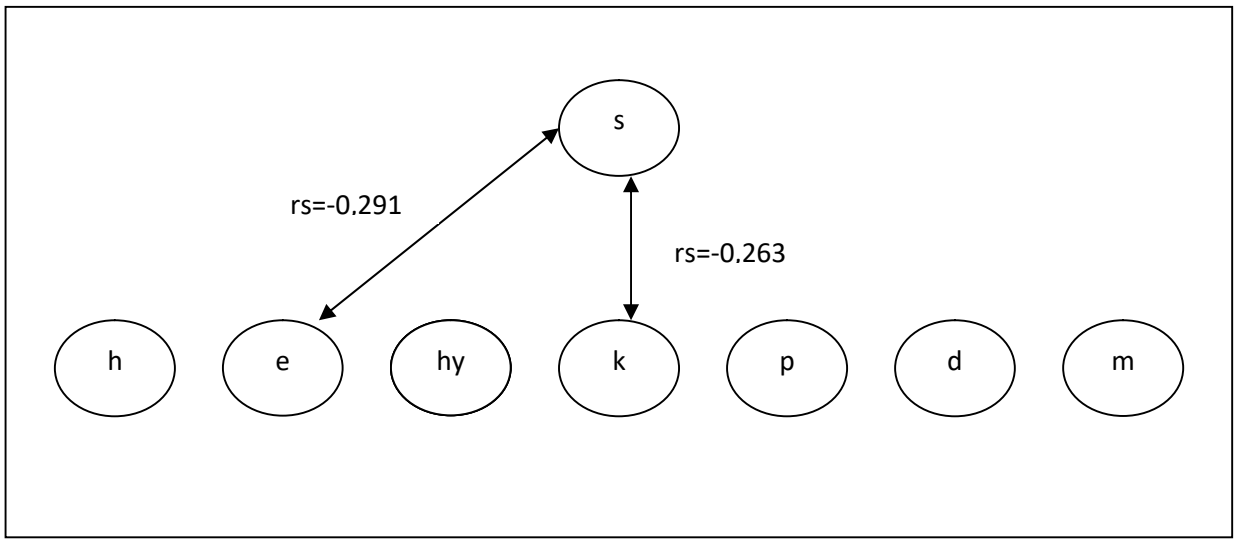


Рис. 3. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в КГ женщин

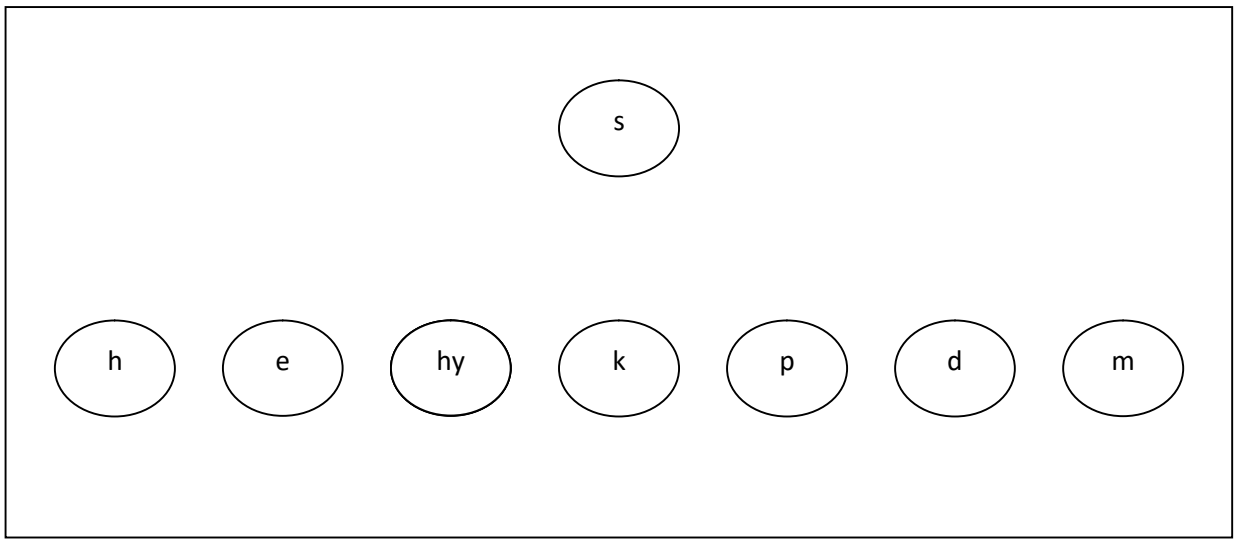


Рис. 4. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в $ЭГ_1$женщин

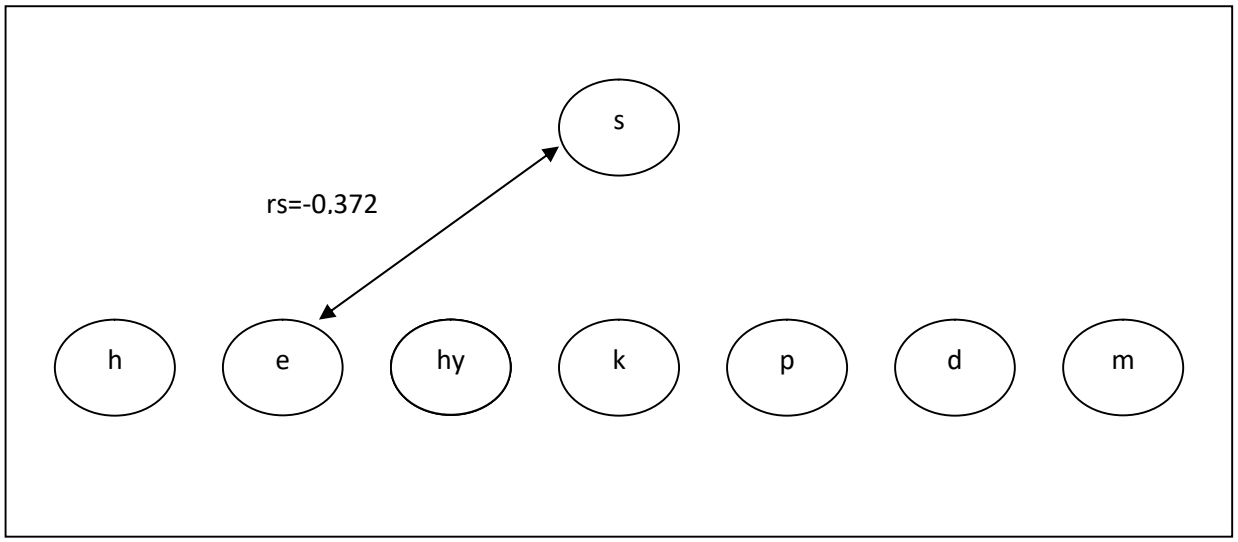


Рис. 5. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в $ЭГ_2$ женщин

Женщины контрольной группы (КГ) обладают мягкими чертами характера, сердечностью, нежностью, пассивностью, желанием быть ведомой, получать подарки. Они сентиментальны, кокетливы, внушаемы, доверчивы, стремятся быть привязанными к какой-либо определенной персоне, боятся потерять объект привязанности, стремятся сохранять имеющееся, обладают веселым нравом, приветливы, добродушны, общительны, своенравны, переменчивы, непостоянны, капризны. Кроме этого условно здоровые женщины тщеславны, честолюбивы,

стремятся получать одобрение, демонстрировать себя, желают нравиться другим и быть популярными, увлечены фантазированием, склонны к жалобам и выражению недовольства. Их агрессивные тенденции на мотивационном уровне регулируются этическим мотивационным фактором (который включает в себя совестливость, религиозность, запрет на убийство, нравственность, стремление к справедливости) и мотивационным фактором сужения Я (который проявляется отрицанием, подавлением, вытеснением, адаптацией).

Женщины первой экспериментальной группы ($ЭГ_1$), как и условно здоровые женщины, сентиментальны, кокетливы, внушаемы, доверчивы, стремятся быть привязанными к какой-либо определенной персоне, боятся потерять объект привязанности, стремятся сохранять имеющееся, тщеславны, честолюбивы, стремятся получать одобрение, демонстративны, желают нравиться другим и быть популярными, увлечены фантазированием, склонны к жалобам и выражению недовольства. Вместе с тем, они склонны к накоплению грубых аффектов, более завистливы, ревнивы, мстительны, злорадны, безжалостны, бесчувственны, совестливы, при этом имеют этическую направленность. Они более интровертированы, эгоистичны, эгоцентричны, нарциссичны, стремятся к власти, навязчиво стремятся к порядку, педантичны, упрямы, склонны обосабливаться. Указанные особенности отражают диссоциированность мотивационной сферы женщин $ЭГ_1$, где присутствуют элементы полярных личностных структур (демонстративных, шизоидных). В $ЭГ_1$ регуляция агрессивных тенденций затруднена за счет диссоциированности психической структуры.

Во второй экспериментальной группе женщин ($ЭГ_2$) отмечается напряженность всех мотивационных факторов, за исключением сферы Я, что является косвенным признаком дисгармоничности психической структуры. У них снижена напряженность потребности в привязанности к объекту. Мотивационный личностный фактор агрессии более выражен, чем у женщин других групп. У женщин $ЭГ_2$ агрессивные тенденции регулируются только этическим мотивационным фактором, который на фоне формальности деятельности

проявляется псевдорелигиозностью, рассуждениями на темы добра и зла. Мотивационный этический фактор проявляется также взрывчатостью аффектов, склонностью к накоплению грубых аффектов: ненависти, ревности, мстительности.

Результаты исследования в мужской популяции. Результаты мужчин КГ, $ЭГ_1$ и $ЭГ_2$ по уровню напряженности мотивационных личностных факторов представлены в таблице 23.

Таблица 23. Уровень напряженности мотивационных личностных факторов в группах мужчин.

Группы		**Мотивационные факторы**								
			h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
Среднее арифметическое	**КГ**	**x**	**3,1**	**3,1**	2,8	2,8	2,7	2,9	2,6	**3,8**
		q	1,1	0,9	1,09	1,1	1,2	1,2	1,3	1,0
	$ЭГ_1$	**x**	**3,8**	2,7	**3,0**	**3,0**	2,0	2,6	**3,3**	**3,2**
		q	0,9	1,0	0,7	1,2	0,7	0,6	1,2	1,1
	$ЭГ_2$	**x**	**3,6**	**3,2**	2,6	2,9	**3,1**	2,5	2,6	**3,3**
		q	1,2	1,4	1,1	1,05	1,3	1,2	1,2	1,2
Различия	**КГ- $ЭГ_1$**		—	—	—	—	—	—	—	—
	КГ- $ЭГ_2$		—	—	—	—	—	—	—	—
	$ЭГ_1$-$ЭГ_2$		—	—	—	—	73,5*	—	—	—

Примечание: x – среднее арифметическое; **q –** стандартное отклонение; * p<0,05; **p<0,01

У мужчин КГ наиболее напряженными и актуальными являются потребность в активности (s), в нежности (h), в привязанности к приобретенному объекту (m), в сохранении приобретенного объекта (m), желание быть мужчиной (s).

У мужчин $ЭГ_1$ наиболее напряженными и актуальными являются потребность в нежности (h), в привязанности к приобретенному объекту (m), в сохранении приобретенного объекта (m), в демонстративности (hy). Также

напряженными являются потребность в накоплении грубых аффектов (e), в «прилипании» к объекту (d).

У мужчин $ЭГ_2$ напряженной является потребность в сужении Я (k). Мотивационный личностный фактор самоограничения (k) в $ЭГ_2$ он выше, чем в $ЭГ_1$ (U=73,5, p<0,05).

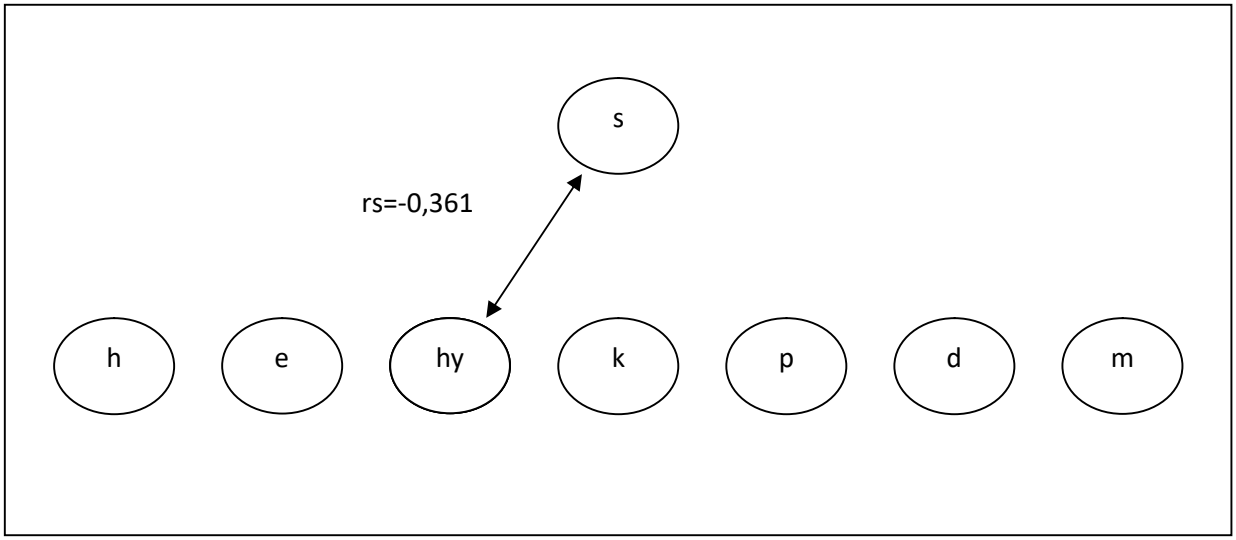


Рис. 6. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в КГ мужчин

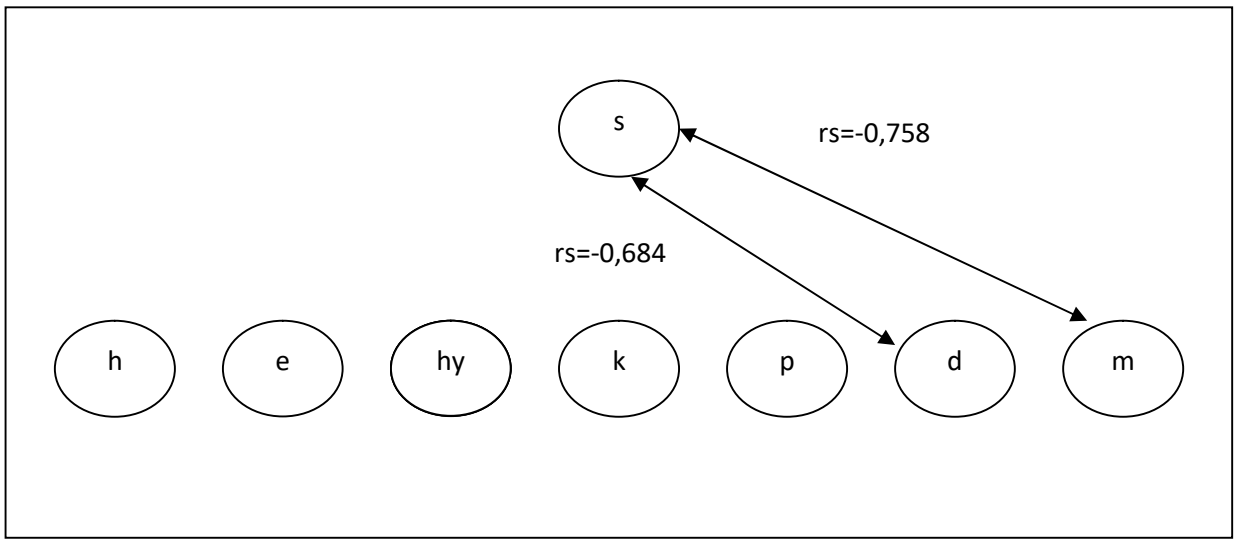


Рис. 7. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в $ЭГ_1$ мужчин

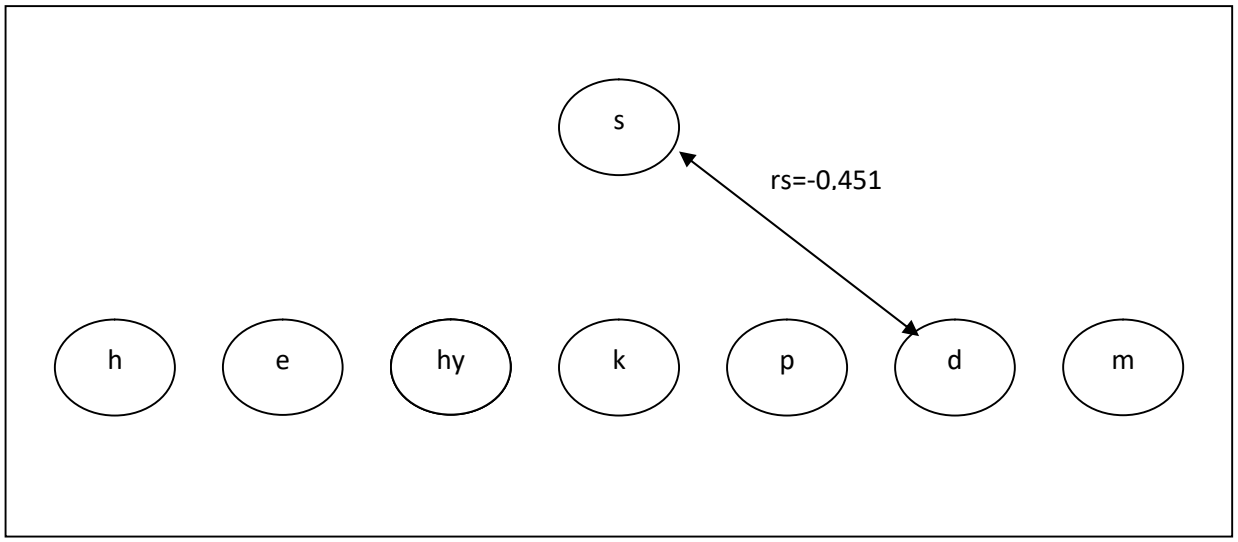


Рис. 8. Корреляционные взаимосвязи мотивационного личностного фактора агрессии (s) с другими мотивационными факторами в $ЭГ_2$ мужчин

Мужчины контрольной группы (КГ) - наступательные, энергичные, деятельные, упорные, настойчивые, самоуверенные, стремятся к активности, хотят управлять партнером, при этом склонны быть мягкими, нежными, сердечными. Они, как и условно здоровые женщины, стремятся быть привязанными к какой-либо определенной персоне, боятся потерять объект привязанности, желают сохранять имеющееся, обладают веселым нравом, приветливы, добродушны, общительны, своенравны. У мужчины КГ агрессия регулируется моральным мотивационным фактором (стремлением скрывать, стыдом).

Мужчины первой экспериментальной группы ($ЭГ_1$) обладают мягкими чертами характера, сердечностью, нежностью, пассивностью, желанием быть ведомым. Они сентиментальны, кокетливы, внушаемы, доверчивы, стремятся быть привязанными к какой-либо определенной персоне, боятся потерять объект привязанности, стремятся сохранять имеющееся, обладают веселым нравом, приветливы, добродушны, общительны, своенравны, переменчивы, непостоянны, капризны. Кроме того, они тщеславны, честолюбивы, стремятся получать одобрение, демонстрировать себя, желают нравиться другим и быть популярными, увлечены фантазированием, склонны к жалобам и выражению недовольства. Отличаются бережливостью, инертностью, ригидностью, склонностью к застреванию на определенных состояниях. По сравнению с условно здоровыми мужчинами, они склонны к накоплению грубых аффектов, более завистливы, ревнивы, мстительны, злорадны, безжалостны, бесчувственны, совестливы, имеют этическую направленность. Но при этом они более пассивные, менее наступательные и настойчивые. У мужчин $ЭГ_1$ агрессия регулируется с помощью мотивационного фактора прилипания и постоянства (который проявляется стремлением к постоянству, неизменности, приклеенностью к родителям, приверженностью какой-либо идее) и мотивационным фактором привязанности (который проявляется стремлением присоединиться к объекту). Мужчины $ЭГ_1$ при повышении психического напряжения стремятся к инфантильным симбиотическим отношениям.

У мужчин второй экспериментальной группы ($ЭГ_2$) наиболее напряженным является мотивационный фактор сужения Я (k) (который проявляется отрицанием, подавлением, вытеснением). Мужчины $ЭГ_2$ более интровертированы, эгоистичны, эгоцентричны, нарциссичны, стремятся к власти, навязчиво стремятся к порядку, педантичны, упрямы, склонны все отрицать, обосабливаться. Мужчины $ЭГ_2$ регулируют агрессию только с помощью мотивационного фактора прилипания и постоянства.

Таким образом, проведенное исследование мотивационной структуры методом Сонди позволяет сделать ряд предварительных выводов. Условно

здоровые женщины желают демонстрировать себя, сохранять объект привязанности, быть нежными, женственными. Условно здоровые мужчины, как и условно здоровые женщины, испытывают потребность в сохранении объекта привязанности, при этом являются мужественными, более активными, напористыми. Выявлены различия в особенностях регуляции агрессии: мужчины склонны скрывать собственные агрессивные тенденции, испытывать стыд, женщины – ограничивать себя, руководствоваться этическими нормами.

Для больных шизофрении длительностью менее пяти лет – женщин и мужчин, – характерно нарастание враждебности, тенденция к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, высокая аффективная ригидность. Кроме этого, у женщин наблюдается диссоциированность мотивационной структуры с затрудненной регуляцией агрессии, высокая направленность на самоограничение. Мужчины склонны регулировать агрессию с помощью установления инфантильных симбиотических отношений.

У больных шизофренией с продолжительностью заболевания более пяти лет выявлены особенности регуляции агрессии. У женщин регуляция осуществляется только посредством этических норм, у мужчин – «прилипания» к объекту привязанности, ригидности, инертности. Мотивационная структура женщин дисгармонична. У женщин с течением болезни на мотивационном уровне отмечается снижение напряженности потребности в привязанности и нарастание агрессии. У мужчин с течением болезни мотивационная структура приходит в соответствие с мотивационной структурой условно здоровых на фоне повышенной напряженности защитных механизмов, что, вероятно, отражает формирование нормативного Я-образа в рамках психического расстройства.

3.4. Результаты исследования форм реализации агрессии

В данном разделе приводятся результаты исследования форм реализации агрессии, полученных с использованием Я-структурного теста Аммона, сравнительный анализ полученных данных и их предварительное обсуждение. Количественный состав групп участников приведен в таблица 24.

Таблица 24. Количественный состав участников исследования Я-струткурным тестом Аммона, человек и % выборки (в скобках).

	Контрольная группа (КГ)	**Первая экспериментальная группа ($ЭГ_1$)**	**Вторая экспериментальная группа ($ЭГ_2$)**	**Всего**
Женская популяция	60 (31,9)	21 (11,2)	34 (18,0)	115 (61,1)
Мужская популяция	39 (20,7)	12 (6,4)	22 (11,7)	73 (38,9)
Всего	99 (52,6)	33 (17,6)	56 (29,7)	188 (100)

Результаты исследования в женской популяции. Для корректного обсуждения результатов больных за основу интерпретации были взяты результаты, полученные в контрольной группе условно здоровых участников исследования. Результаты контрольной группы женщин приведены в таблице 25.

Таблица 25. Различия конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих центральных личностных образований в группах женщин.

Психологические характеристики	**Среднее арифметическое значение**			**Различия (U – критерий Манна-Уитни)**
	КГ (n=60)	**$ЭГ_1$ (n=21)**	**$ЭГ_2$ (n=34)**	
Конструктивная агрессия	7,7	7,3	7,8	
Деструктивная агрессия	4,7	6	5,3	
Дефицитарная агрессия	4,2	6,7	5,7	КГ/$ЭГ_1$**, КГ/$ЭГ_2$*
Уровень агрессии	16,7	20	19	КГ/$ЭГ_1$*, КГ/$ЭГ_2$*
Конструктивная сексуальность	6,90	5,55	5,09	КГ/$ЭГ_2$*
Деструктивная сексуальность	2,97	3,80	4,09	
Дефицитарная сексуальность	2,53	4,05	4,63	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$*
Конструктивный нарциссизм	7,90	6,60	7,06	КГ/$ЭГ_1$*
Деструктивный нарциссизм	3,25	5,70	5,17	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Дефицитарный нарциссизм	2,72	5,75	5,77	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивная тревога	7,08	7,05	6,97	

Деструктивная тревога	2,78	5,25	4,63	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Дефицитарная тревога	3,17	4,80	5,34	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,48	7,05	7,34	
Деструктивное внешнее Я-отграничение	4,12	5,85	6,17	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	4,78	6,10	5,83	КГ/$ЭГ_2$*, КГ/$ЭГ_1$*
Конструктивное внутренне Я-отграничение	8,95	8,10	8,11	
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	4,05	5,10	5,37	КГ/$ЭГ_2$**
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	5,20	8,30	7,06	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**

Условные обозначения: **- уровень достоверности $p<0,01$; *- уровень достоверности $p<0,05$.

В контрольной группе (КГ) следует отметить преобладание конструктивной агрессии (таблица 25).

В первой экспериментальной группе ($ЭГ_1$) средние значения (x) позволяют отметить их однородность для трех форм проявления агрессии. В сравнении с КГ, в $ЭГ_1$ достоверно выше дефицитарная составляющая ($U=295,5$, $p<0,01$). По уровню агрессии $ЭГ_1$ превосходит КГ ($U=428,5$, $p<0,05$). Указанные особенности агрессии проявляются на фоне высокой дефицитарности и деструктивности центральных личностных образований (сексуальности, нарциссизма, тревоги, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения) по сравнению с КГ.

Во второй экспериментальной группе ($ЭГ_2$) дефицитарная составляющая агрессии выше, чем в КГ ($U=669,5$, $p<0,01$). По уровню агрессии $ЭГ_2$ превосходит КГ ($U=762$, $p<0,05$). Определяются высокие дефицитарные и деструктивные составляющие центральных личностных образований (сексуальности, нарциссизма, тревоги, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения) по сравнению с КГ.

Таким образом, у женщин контрольной группы (КГ) преобладает конструктивный вариант реализации агрессии. Они легко сходятся с людьми, у них много энергии, они любопытны, деятельны. Они активны, инициативны, открыты, креативны. Могут устанавливать продуктивные межличностные

контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия. Способны формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их даже в неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Имеют и отстаивают свои идеи, мнения, точки зрения. Вступают в конструктивные дискуссии. Обладают развитой эмпатической способностью, широким кругом интересов, богатым миром фантазий. Могут открыто проявлять свои эмоциональные переживания.

У женщин экспериментальных групп ($ЭГ_1$ и $ЭГ_2$) по сравнению с женщинами контрольной группы повышена дефицитарная составляющая агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований.

Результаты исследования в мужской популяции. Результаты, полученные в контрольной группе здоровых мужчин, приведены в таблице 26.

Таблица 26. Различия конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих центральных личностных образований в группах мужчин.

Психологические характеристики	**Среднее арифметическое значение**			**Различия (U – критерий Манна-Уитни)**
	КГ	**$ЭГ_1$**	**$ЭГ_2$**	
	(n=39)	**(n=12)**	**(n=22)**	
Конструктивная агрессия	8,2	7,5	8,4	
Деструктивная агрессия	4,2	5,3	5,9	КГ/$ЭГ_2$*
Дефицитарная агрессия	2,9	5,3	5,8	КГ/$ЭГ_1$*, КГ/$ЭГ_2$**
Уровень агрессии	15,5	18,3	20,2	КГ/$ЭГ_2$**
Конструктивная сексуальность	7,60	8,58	7,72	
Деструктивная сексуальность	4,40	4,95	3,67	
Дефицитарная сексуальность	3,33	3,74	1,54	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивный нарциссизм	7,73	7,84	7,08	
Деструктивный нарциссизм	4,13	5,26	2,56	КГ/$ЭГ_2$**
Дефицитарный нарциссизм	4,40	5,37	1,54	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивная тревога	7,13	8,00	7,05	
Деструктивная тревога	4,67	4,74	1,38	КГ/$ЭГ_1$**
Дефицитарная тревога	6,07	5,79	3,28	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,13	7,58	7,62	

Деструктивное внешнее Я-отграничение	4,47	5,32	3,21	КГ/$ЭГ_2$**
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	5,67	5,63	3,08	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**
Конструктивное внутренне Я-отграничение	8,87	8,84	8,97	
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	4,80	4,58	3,36	КГ/$ЭГ_1$*
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	7,53	6,89	4,13	КГ/$ЭГ_2$**, КГ/$ЭГ_1$**

Условные обозначения: **- уровень достоверности $p<0,01$; ***-** уровень достоверности $p<0,05$.

Следует отметить неоднородность полученных результатов по трем шкалам (х) в контрольной группе (КГ) – у здоровых мужчин преобладает конструктивная форма реализации агрессии, на втором месте по выраженности находится деструктивная форма, на третьем – дефицитарная (таблица 26).

В первой экспериментальной группе ($ЭГ_1$) дефицитарная составляющая агрессии выше, чем в КГ ($U=121,5$, $p<0,05$). Вместе с тем определяются высокие дефицитарные показатели сексуальности, нарциссизма, тревоги, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения и деструктивные составляющие тревоги, внутреннего Я-отграничения по сравнению с КГ.

Во второй экспериментальной группе ($ЭГ_2$) деструктивная ($U=270$, $p<0,05$) и дефицитарная ($U=187$, $p<0,01$) составляющие выше, чем в КГ. По уровню агрессии $ЭГ_2$ превосходит КГ ($U=228$, $p<0,01$). Указанные особенности агрессии проявляются на фоне высокой дефицитарности и деструктивности центральных личностных образований (сексуальности, нарциссизма, тревоги, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения) по сравнению с КГ.

В контрольной группе мужчин (КГ) преобладает конструктивный вариант реализации агрессии. У мужчин экспериментальных групп ($ЭГ_1$и $ЭГ_2$), в отличии от мужчин контрольной группы, определяются высокие дефицитарные и деструктивные составляющие агрессии, проявляющиеся на фоне недоразвития центральных личностных образований.

Таким образом, в группах здоровых индивидов получены результаты, свидетельствующие о преобладании конструктивного варианта реализации

агрессии. В группах больных шизофренией определяется повышение дефицитарной составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований.

3.5. Типы реализации агрессии больных шизофренией во взаимосвязи с биопсихосоциальными характеристиками

В целях изучения типов агрессивности больных шизофренией мы провели кластерный анализ, задачей которого являлось группирование больных шизофренией в сравнительно однородные по биологическим, социальным и психологическим параметрам группы. Биопсихосоциальные характеристики 87 испытуемых, выполнивших все предложенные задания, были подвергнуты иерархическому кластерному анализу, результаты которого определили возможность разделения испытуемых на три группы. Затем был применен кластерный анализ по методу к-средних с разделением на три группы. Достоверность различий биопсихосоциальных характеристик определялась с помощью коэффициента сопряженности Пирсона для номинативной шкалы и с помощью критерия Манна-Уитни для ранговой шкалы.

Биологические, социальные характеристики больных шизофренией трех групп представлены в таблица 27.

Таблица 27. Биосоциальные характеристики больных параноидной шизофренией, в зависимости от типов реализации агрессии.

Биосоциальные характеристики		**Численность пациентов в группах, человек и в % выборки (в скобках)**			**Различия**
		1 группа (n=29)	2 группа (n=25)	3 группа (n=33)	
Характер поступления	первичные	5 (17)	2 (8)	6 (18)	
	повторные	27 (83)	27 (92)	27 (82)	
Изменения личности	выраженный дефект	14 (48)	18 (72)	14 (43)	2/3*
	умеренный дефект	4 (14)	2 (8)	11 (33)	
	эмоционально-волевое снижение	5 (17)	3 (12)	1 (3)	
	наблюдение менее года	6 (21)	2 (8)	7 (21)	

Тип течения	приступообразная	6 (21)	4 (16)	12 (36)	
	непрерывная	18 (62)	20 (80)	16 (49)	2/3*
Длительность	менее 5 лет	14 (48)	6 (24)	11 (33)	
	более 5 лет	15 (52)	19 (76)	22 (67)	
Ведущий синдром на момент исследования	галлюцинаторно-параноидный	16 (55)	17 (68)	20 (61)	
	параноидный	2 (7)	2 (8)	5 (15)	
	аффективно-параноидный	6 (22)	4 (16)	5 (15)	
	дисфренический	1 (3)	0 (0)	1 (3)	
	гипоманиакальный	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
	психопатоподобный	3 (10)	2 (8)	1 (3)	
	астено-субдепрессивный	0 (0)	0 (0)	1 (3)	
Пол	женский	16 (55)	17 (68)	21 (64)	
	мужской	13 (45)	8 (32)	12 (36)	
Возраст	Юность (13-19)	1 (3)	0 (0)	1 (3)	
	Молодость (19-35)	2 (6)	4 (16)	3 (9)	
	Взрослость (35-60)	26 (91)	21 (84)	30 (88)	
Наличие ЧМТ в анамнезе	имеются	0 (0)	1 (4)	0 (0)	
	отсутствуют	29 (100)	24 (96)	33 (100)	
Злоупотребление алкоголем	злоупотребляют	4 (14)	4 (16)	3 (9)	
	не злоупотребляют	25 (86)	21 (84)	30 (91)	
Наличие работы	работают	5 (17)	4 (16)	6 (18)	
	не работают	24 (83)	21 (84)	27 (82)	
Группа инвалидности	первая группа	1 (10)	5 (20)	2 (6)	
	вторая группа	10 (35)	12 (48)	14 (42)	
	третья группа	2 (7)	0 (0)	0 (0)	
	нет группы	14 (48)	8 (32)	17 (52)	
Уровень образования	среднее	11 (38)	11 (44)	12 (36)	
	среднее специальное	10 (34)	6 (24)	11 (34)	
	высшее	8 (28)	8 (32)	10 (30)	
Семейное положение	замужем	6 (21)	0 (0)	6 (18)	1/2*, 2/3*
	не замужем	19 (65)	21 (84)	27 (82)	
	разведены	4 (14)	4 (16)	0 (0)	1/3*, 2/3*
Место проживания	в квартире	29 (100)	24 (96)	33 (100)	
	БОМЖ	0 (0)	1 (4)	0 (0)	
Условия проживания	самостоятельно	2 (7)	2 (8)	2 (6)	
	с родителями	19 (66)	22 (88)	24 (73)	
	с собственной семьей	8 (27)	1 (4)	7 (21)	1/2*
Агрессивное поведение по данным катамнеза	присутствует	9 (31)	8 (32)	5 (15)	
	отсутствует	20 (69)	17 (68)	28 (85)	
ООД	имеются	3 (10)	2 (8)	1 (3)	
	отсутствуют	26 (90)	23 (92)	32 (97)	
Суицидальные попытки	имеются	3 (10)	3 (12)	3 (9)	
	отсутствуют	26 (90)	22 (88)	30 (91)	

Условные обозначения: **- уровень достоверности p<0,01; *- уровень достоверности p<0,05.

Подавляющее число пациентов всех трех групп проживали совместно со своими родственниками, не имели собственной семьи, не работали, не имели ЧМТ в анамнезе, не злоупотребляли алкоголем.

Различия в психологических характеристиках пациентов трех кластеров представлены в таблице 28.

Таблица 28. Различия в психологических характеристиках пациентов трех кластеров.

Психологические характеристики	**1 кластер (n=29)**		**2 кластер (n=25)**		**3 кластер (n=33)**		**Различия (U – критерий Манна-Уитни)**		
							1 и 2 кластер	**1 и 3 кластер**	**2 и 3 кластер**
	x	**σ**	**x**	**σ**	**x**	**σ**			
Поведенческий компонент	23,59	5,56	27,28	5,78	21,67	6,63	240,5*		226,0**
Когнитивный компонент	25,72	5,89	28,00	3,79	21,36	5,48		252,0**	123,0**
Эмоциональный компонент	21,62	5,83	19,84	5,03	15,21	5,62		227,5**	236,0**
Общая агрессия	70,93	12,54	75,12	8,59	58,24	11,87		195,0**	97,5**
Мотивационный фактор любви и нежности	3,66	1,17	2,92	1,29	3,24	1,25			
Мотивационный фактор агрессии, активности	3,14	1,41	3,08	1,26	3,09	1,21			
Этический мотивационный фактор	2,93	1,13	3,04	1,31	3,09	1,38			
Моральный мотивационный фактор	3,10	1,01	2,80	1,32	3,33	1,11			
Мотивационный фактор сужения Я	2,41	1,05	3,40	1,19	3,00	1,37	190,5**		
Мотивационный фактор расширения Я	2,59	1,15	2,56	1,39	2,18	1,16			
Мотивационный фактор прилипания и постоянства	3,00	1,36	3,04	1,24	3,09	1,04			
Мотивационный фактор привязанности	3,17	1,00	3,12	1,48	3,03	1,21			
Конструктивная агрессия	5,52	2,34	10,32	2,08	7,94	2,69	44,0**	229,5**	194,0**
Деструктивная агрессия	6,48	2,05	7,92	2,25	3,03	1,94	237,5**	110,0**	40,0**
Дефицитарная агрессия	7,55	2,29	7,20	2,48	3,55	1,89		90,5**	106,5**
Уровень агрессии	19,55	4,00	25,44	4,21	14,52	3,95	110,5**	179,5**	18,0**
Конструктивная сексуальность	6,00	3,27	9,08	3,26	4,85	4,56	166,5**		190,5**
Деструктивная сексуальность	4,48	2,68	6,64	3,05	2,24	2,03	214,0**	243,0**	102,0**
Дефицитарная сексуальность	4,59	2,78	4,76	2,83	2,97	2,40		313,5*	262,5*
Конструктивный нарциссизм	5,79	2,16	9,68	1,63	6,73	2,63	50,5**		137,5**
Деструктивный нарциссизм	6,24	2,23	6,28	2,26	3,30	2,08		155,5**	133,0**

Дефицитарный нарциссизм	6,41	2,35	6,88	3,18	3,45	2,39		184,5**	166,5**
Конструктивная тревога	6,62	1,99	9,24	1,61	6,36	2,58	113,0**		150,0**
Деструктивная тревога	6,28	2,12	5,80	2,43	2,67	1,90		101,5**	124,5**
Дефицитарная тревога	6,59	2,24	7,12	3,03	3,06	1,92		105,0**	102,0**
Конструктивное внешнее Я-отграничение	6,21	2,06	8,52	1,76	7,48	2,33	141,5**	303,5*	
Деструктивное внешнее Я-отграничение	6,07	2,02	6,88	2,13	4,24	2,24		267,5**	164,0**
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	6,41	2,38	7,68	2,04	3,76	2,14		139,5**	61,0**
Конструктивное внутренне Я-отграничение	6,97	1,72	9,64	1,78	8,73	2,34	102,5**	227,0**	
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	5,97	1,95	5,92	2,58	3,58	2,35		221,0**	211,0**
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	8,90	2,68	9,12	1,92	4,55	2,09		110,0**	48,0**
Агрессия	10,83	7,81	9,24	7,57	8,36	7,44			
Коммуникация	21,79	9,80	15,56	8,93	18,61	15,39	235,0*		
Активные безличные ответы	17,76	13,38	24,36	19,25	16,94	10,83			

Условные обозначения: x – среднее арифметическое; σ – стандартное отклонение; **- уровень достоверности p<0,01; *- уровень достоверности p<0,05.

В **первую группу** были объединены 29 пациентов, 48% из которых имеют выраженный дефект личности. В зависимости от типа течения заболевания, группа на 62% представлена пациентами с непрерывным типом течения. Среди пациентов первой группы 83% не работают, 52% инвалидизированы.

Пациенты первой группы характеризуются относительной однородностью поведенческого (23,59±5,56), когнитивного (25,72±5,89) и эмоционального (21,62±5,83) компонентов агрессии.

В структуре личности преобладает дефицитарная составляющая агрессии (7,55±2,29), нарциссизма (6,41±2,35), внутреннего Я-отграничения (8,90±2,68). Представители первой группы отличаются недифференцированным представлением о собственной личности, сниженной способностью дифференцировать внутренние состояния и отличать их от внешних объектов, нечувствительностью к собственным потребностям и желаниям, неспособностью

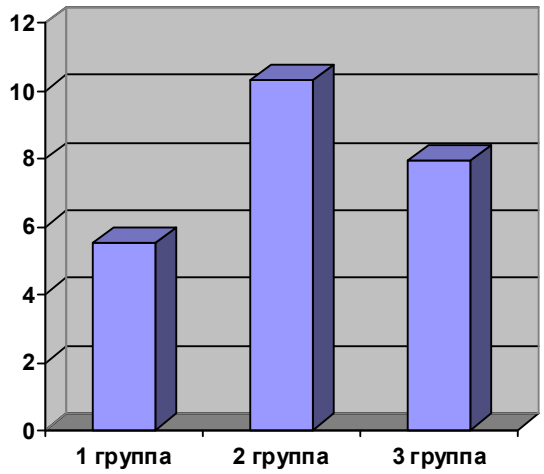
к установлению межличностных контактов, низкой предметной активностью, узким кругом интересов, избеганием конфронтаций, конфликтов, склонностью жертвовать собственными интересами, компенсаторными нереалистичными фантазиями, несбыточными планами и мечтами, пассивной жизненной позицией, ощущением бесперспективности существования, склонностью проявлять в межличностных отношениях уступчивость и зависимость.

Сравнительный анализ психологических характеристик в разных группах обнаруживает, что по сравнению с пациентами второй и третьей групп, пациенты первой группы обладают средним уровнем агрессии, активности (соотв. U=110,5, p<0,01 и U=179,5, p<0,01) (рис. 10). В структуре личности пациентов первой группы дефицитарная (7,55±2,29) и деструктивная (6,48±2,05) составляющие агрессии преобладают над конструктивной составляющей (5,52± 2,34).

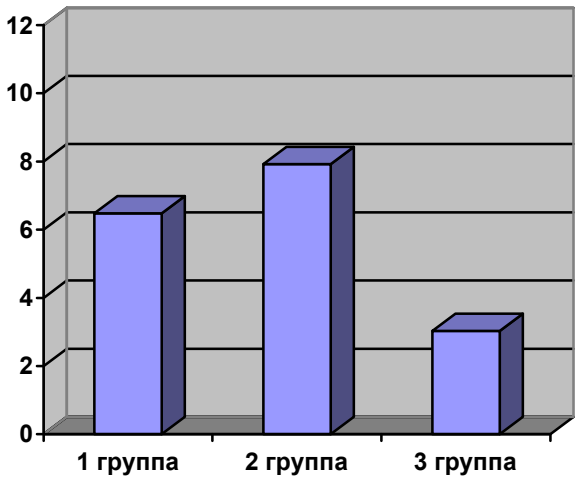
Пациенты первой группы по сравнению с пациентами второй и третьей группы обладают самой низкой конструктивной составляющей внутреннего Я-отграничения (соотв. U=102,5, p<0,01 и U=227,0, p<0,01) и внешнего Я-отграничения (соотв. U=141,5, p<0,01 и U=303,5, p<0,05). Исходя из указанных характеристик, первую группу в целом можно обозначить как ***«группу дефицитарной личностной структуры со слабыми, диффузными границами»***.

Во **вторую группу** вошли 25 пациентов, 72 % из которых были с выраженным дефектом личности. В зависимости от длительности заболевания, группа на 76% представлена пациентами с длительным течением шизофрении, 24% - с первыми приступами. С непрерывным течением были 80 % пациентов. Среди пациентов третьей группы 68% были инвалидизированы, 16% злоупотребляли алкоголем. Никто из пациентов третьей группы не состоял в браке, 88% проживали с родителями. У 32% пациентов третьей группы имело место агрессивное поведение, 12 % совершали суицидальные попытки.

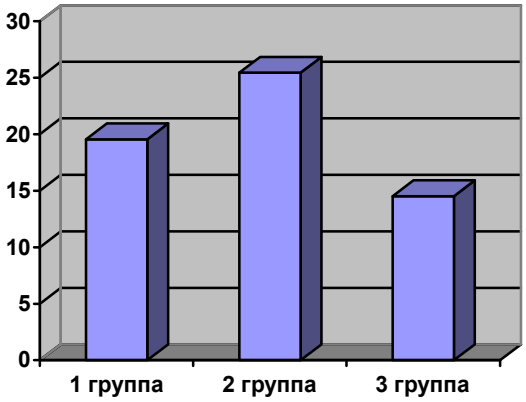
Личностная структура пациентов второй группы характеризовалась преобладанием конструктивной составляющей агрессии (10,34 ±2,08), сексуальности (9,08± 1,63), нарциссизма (9,68±1,63), тревоги (9,24±1,61), внешнего Я-отграничения (8,52±1,76).



Конструктивная агрессия



Деструктивная агрессия



Уровень агрессии

Рис. 10. Особенности агрессии в трех группах

По данным сравнительного анализа психологических характеристик определяется, что у пациентов второй группы по сравнению с пациентами первой и третьей группы самая высокая конструктивная составляющая агрессии (соотв. $U=44,0$, $p<0,01$ и $U=194,0$, $p<0,01$), сексуальности (соотв. $U=166,5$, $p<0,01$ и $U=190,5$, $p<0,01$), нарциссизма (соотв. $U=50,5$, $p<0,01$ и $U=137,5$, $p<0,05$) и тревоги (соотв. $U=113,0$, $p<0,01$ и $U=150,0$, $p<0,01$). Одновременно с этим, у

пациентов второй группы по сравнению с пациентами первой и третьей группы самая высокая деструктивная составляющая агрессии (соотв. U=237,5, p<0,01 и U=40,0, p<0,01), самый высокий уровень агрессии, активности (соотв. U=110,5, p<0,01 и U=18,0, p<0,01), самый высокий поведенческий компонент агрессии (соотв. U=240,5, p<0,05 и U=226,0, p<0,01). Вторую группу в целом можно обозначить как ***«группу с высокой активностью и деструктивностью»***.

В **третью группу** были объединены 33 пациента, 67% которых были больны более 5 лет. Среди пациентов третьей группы 52% не имели группы инвалидности, 48% инвалидизированы.

У пациентов третьей группы личностная структура характеризовалась преобладанием конструктивной составляющей агрессии (7,94±2,69), сексуальности (4,85±4,56), нарциссизма (6,73±2,36), тревоги (6,36±2,58), внешнего Я-отграничения (7,48±2,33), внутреннего Я-отграничения (8,73±2,34). Вместе с тем определялся низкий эмоциональный компонент агрессии (15,21±5,62), низкая напряженность мотивационной склонности к расширению Я, что отражало низкую потребность в саморазвитии (2,18±1,16).

Сравнительный анализ психологических характеристик в разных группах обнаруживает, что пациенты третьей группы по сравнению с пациентами первой и второй группы обладают самыми низкими деструктивными составляющими, сексуальности (соотв. U=243,0, p<0,01 и U=102,0, p<0,01), нарциссизма (соотв. U=155,5, p<0,01 и U=133,0, p<0,01), тревоги (соотв. U=101,5, p<0,01 и U=124,5, p<0,01), внешнего Я-отграничения (соотв. U=267,5, p<0,01 и U=164,0, p<0,01), внутреннего Я-отграничения (соотв. U=221,0, p<0,01 и U=211,0, p<0,01) и самыми низкими дефицитарными составляющими, сексуальности (соотв. U=313,5, p<0,05 и U=262,5, p<0,05), нарциссизма (соотв. U=184,5, p<0,01 и U=166,5, p<0,01), тревоги (соотв. U=105,0, p<0,01 и U=102,0, p<0,01), внешнего Я-отграничения (соотв. U=139,5, p<0,01 и U=61,0, p<0,01), внутреннего Я-отграничения (соотв. U=110,0, p<0,01 и U=48,0, p<0,01).

Среди пациентов третьей группы по сравнению с пациентами первой и второй групп было меньше всего разведенных (0%).

Для пациентов третьей группы, по сравнению с пациентами первой и второй группы, характерен самый низкий уровень общей агрессии (соотв. U=179,5 p<0,01 и U=18,0, p<0,01), самый низкий уровень деструктивной (соотв. U=110,0 p<0,01 и U=40,0, p<0,01) и дефицитарной (соотв. U=90,5, p<0,01 и U=106,5, p<0,01) агрессии, при среднем уровне конструктивной агрессии (соотв. U=229,5, p<0,01 и U=194,0, p<0,01). Кроме того, у больных шизофренией третьей группы определялся самый низкий эмоциональный компонент агрессии (соотв. U=227,5 p<0,01 и U=236,0, p<0,01).

Таким образом, пациенты третьей группы обладают самыми низкими деструктивными и дефицитарными составляющими центральных личностных образований, что отражает их более развитую личностную структуру по сравнению с пациентами первой и второй групп. Также для пациентов третьей группы характерен самый низкий общий уровень агрессии, самый низкий эмоциональный компонент агрессии. Исходя из указанных характеристик, третью группу в целом можно обозначить как ***«группу сформированной личностной структуры с низким уровнем агрессии, активности»***.

Типы агрессии в зависимости от группы пациентов представлены на рисунке 11.

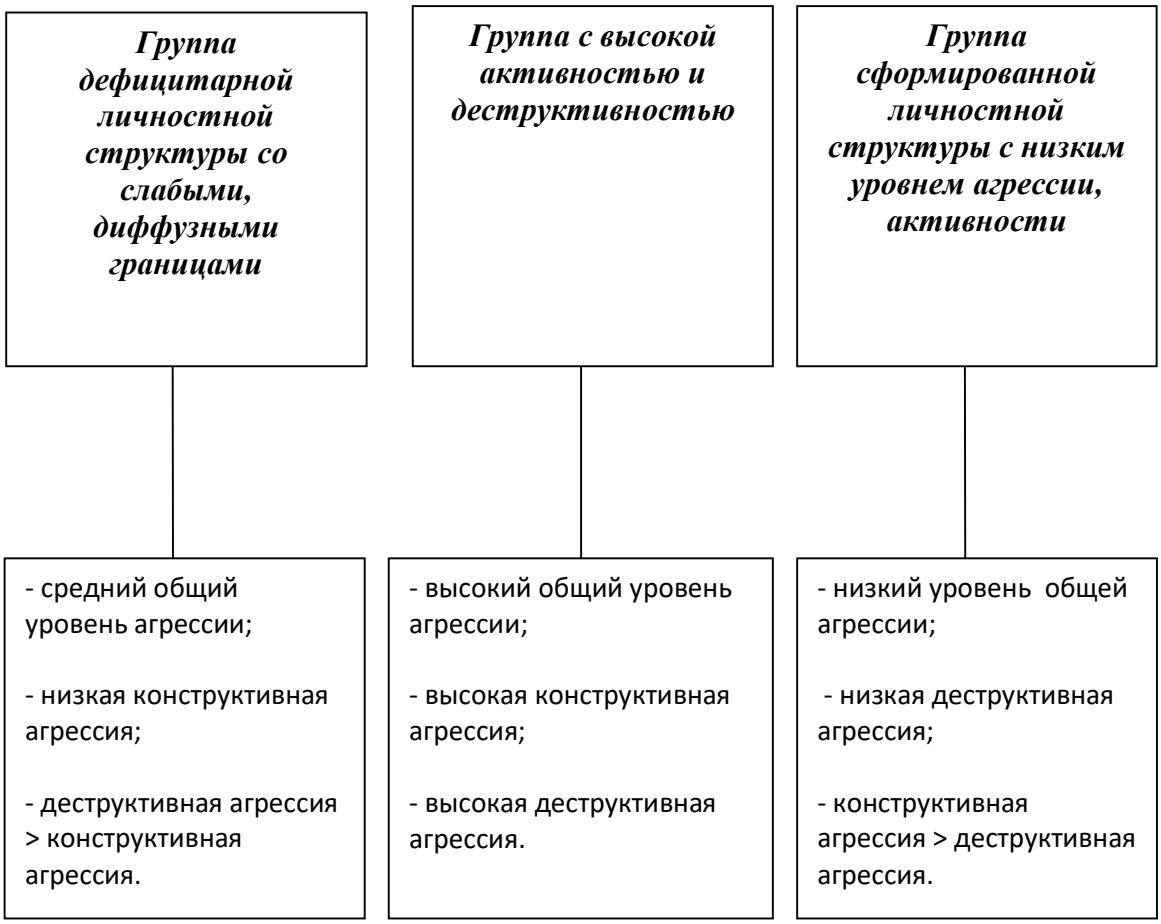


Рис. 11. Типы агрессии в зависимости от группы.

Таким образом, получены достоверные данные о трех типах реализации агрессии у больных шизофренией, имеющие дифференциальное значение в коррекционно-психотерапевтической практике.

3.6. Взаимосвязь биологических, социальных, психологических характеристик и типов функционирования внешней границы Я в группах больных шизофренией и здоровых индивидов с различным уровнем деструктивности

Данный параграф посвящен изучению взаимосвязи деструктивных проявлений и межличностных границ больных шизофренией в сравнении со здоровыми индивидами (Худякова Ю. Ю., 2017). Нам представляется интересным исследование роли принятия собственной деструктивности в функционировании межличностных границ больных шизофренией.

Экспериментальное изучение агрессии человека связано с определенными трудностями: этические ограничения, сложности механизмов агрессии. Это приводит к тому, что большинство психологических исследований агрессивности имеют судебно-психологическую направленность. При этом агрессивное поведение изучается часто посредством внешних оценок, что отражает его социальную значимость, но не его внутренние мотивы. Также определяется сложность выявления агрессии опросниковыми методами. Так, например, по данным исследований (Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П., 2007; Чудова Н. В., 2010; Чудова Н. В., Чернушкина В. А., 2008) человек одобряет агрессию в спорте, жестокость в воспитании детей и пр., если его собственная профессия требует взаимодействия с агрессором и ответная агрессия санкционирована обществом. В этом случае человек связывает применяемую агрессию с условиями труда и не отмечает у себя никаких признаков агрессивности, оставаясь «невидимым» для опросников на агрессивность. Так, в описаниях агрессивности, предлагаемых испытуемому опросником на агрессивность, узнавать себя будет не тот, кто ведет себя агрессивно, а тот, кто выводит оценку своего поведения из предположения о собственной агрессивности. По мнению С. Н. Ениколопова данные, полученные с помощью опросников, характеризуют индивидуальные особенности восприятия субъектом собственной агрессии.

Целью цикла работ С. Н. Ениколопова в области исследования агрессии являлось создание модели принятия человеком собственной агрессивности. Принятие собственной агрессивности - готовность видеть себя агрессивными, то есть склонность при ответах на вопросы обнаруживать в своем поведении, переживаниях и мнениях признаки агрессии. Автор отмечает, что отказ от осознания своей агрессивности как специфическая личностная ситуация

обнаруживается, когда результаты диагностики агрессивности опросниковыми методами приходят в противоречие с данными проективных методик (Ениколопов С. Н., 2011).

Целью данного параграфа было исследование принятия собственной деструктивности. Для реализации цели нами были выбраны две методики: методика Сонди и Я-структурный теста Аммона. Обе методики содержат шкалы, измеряющие деструктивность. При этом методика Сонди является проективной, а Я-структурный теста Амона - методика в виде опросника.

Испытуемые с шизофренией и здоровые индивиды были разделены на четыре группы в соответствии с уровнем деструктивности. Основой разделения выступали два параметра. Первый параметр – уровень деструктивности по данным проективной методики. Первый параметр измерялся с помощью методики Сонди и был представлен мотивационной склонностью к агрессии, деструкции (s). Второй параметр – уровень деструктивности по данным опросника. Он был измерен по шкале «деструктивная агрессия» Я-структурного теста Аммона. По первому параметру все испытуемые были разделены на две группы – с низким уровнем напряженности деструктивного влечения и с высоким уровнем напряженности деструктивного влечения. Затем испытуемые каждой группы были разделены на две группы с учетом второго параметра. Таким образом, в первую группу вошли испытуемые с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и по данным опросника, во вторую группу – с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и высоким уровнем по данным опросника, в третью группу - с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и низким уровнем по данным опросника, в четвертую группу – с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и опросника (рисунок 12).



Рис. 12. Группы испытуемых в зависимости от особенностей деструктивности

Количественный состав участников четырех групп больных шизофренией представлен в таблице 29.

Таблица 29. Количественный состав участников четырех групп больных шизофренией.

Группы	Общее количество испытуемых	Женская популяция	Мужская популяция
1	26	18	8
2	29	19	10
3	15	10	5
4	18	9	9
Всего	88	56	32

Различия в биопсихосоциальных характеристиках испытуемых четырех групп больных шизофренией представлены в таблице 30.

Таблица 30. Различия в биопсихосоциальных характеристиках испытуемых четырех групп больных шизофренией.

Биопсихосоц характеристики	1 группа (n=26)		2 группа (n=29)		3 группа (n=15)		4 группа (n=18)		Различия (H– критерий Краскела - Уоллиса)	
	x	σ	*x*	σ	*x*	σ	*x*	σ	Chi-Square	Asymp. Sig.
Поведенческий компонент	20,9	7,2	24,3	6,3	17,8	4,9	27,4	4,2	12,505	**0,006**
Когнитивный компонент	22,2	6,1	25,0	5,2	17,7	5,9	28,6	3,9	16,444	**0,001**
Эмоциональный компонент	16,6	6,8	19,1	6,0	13,3	5,8	21,4	4,4	8,795	**0,032**
Мотивационный фактор любви и нежности	3,5	1,2	3,1	1,1	2,3	1,2	3,5	1,5	3,464	0,326
Мотивационный фактор агрессии, активности	2,2	0,8	2,4	0,8	3,5	0,6	4,4	0,6	65,358	**0,000**
Этический мотивационный фактор	3,5	0,9	3,0	1,1	1,9	1,7	2,9	1,2	5,749	0,124
Моральный мотивационный фактор	3,1	1,1	3,1	1,1	2,9	1,2	2,6	1,0	7,745	0,052
Мотивационный фактор сужения Я	3,1	1,4	3,0	1,2	2,3	1,2	2,6	1,3	2,074	0,557
Мотивационный фактор расширения Я	2,5	1,2	2,7	1,2	1,6	1,0	2,3	1,3	2,779	0,427
Мотивационный фактор прилипания и постоянства	3,1	1,1	3,3	1,3	2,2	1,2	2,8	1,1	4,357	0,225
Мотивационный фактор привязанности	3,0	1,3	3,3	1,2	2,3	1,1	3,0	1,2	1,833	0,608
Конструктивная агрессия	7,5	2,9	8,6	3,0	6,2	2,4	7,2	3,7	2,895	0,408
Деструктивная агрессия	3,2	1,7	8,0	1,8	2,3	1,5	7,8	2,1	65,822	**0,000**
Дефицитарная агрессия	4,9	2,6	7,7	2,5	3,7	3,2	5,9	2,7	16,453	**0,001**
Конструктивная сексуальность	5,0	4,4	7,9	3,2	4,4	4,7	6,7	4,1	6,316	0,097
Деструктивная сексуальность	2,7	2,4	5,7	3,1	2,7	3,2	5,1	2,9	15,432	**0,001**
Дефицитарная сексуальность	3,7	2,6	4,4	2,9	1,9	2,1	5,4	2,7	10,277	**0,016**
Конструктивный нарциссизм	6,7	2,6	7,9	2,4	5,4	3,2	7,4	2,8	3,889	0,274
Деструктивный нарциссизм	4,1	2,6	6,3	2,4	3,5	2,8	5,6	2,1	11,969	**0,007**

Дефицитарный нарциссизм	3,6	2,5	7,0	2,8	3,8	3,1	6,4	3,0	18,336	**0,000**
Конструктивная тревога	6,5	2,5	7,9	1,9	5,8	2,7	7,4	2,8	4,764	0,190
Деструктивная тревога	3,4	2,4	6,4	2,3	3,0	2,1	5,1	2,8	20,510	**0,000**
Дефицитарная тревога	3,7	2,3	6,4	2,6	2,9	2,0	7,6	3,1	25,521	**0,000**
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,2	2,0	7,5	2,1	6,2	2,6	7,0	2,6	2,695	0,441
Деструктивное внешнее Я-отграничение	4,5	2,3	6,8	1,9	3,8	2,5	6,1	2,3	15,661	**0,001**
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	4,3	2,3	7,6	2,1	3,7	2,7	6,2	3,0	25,459	**0,000**
Конструктивное внутренне Я-отграничение	8,2	2,4	8,5	1,9	7,3	2,2	7,8	2,5	5,015	0,171
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	4,6	2,7	5,9	2,3	3,3	2,6	5,2	2,5	5,746	0,125
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	5,4	2,8	9,4	2,0	5,0	3,5	7,8	2,9	24,182	**0,000**
Агрессия	7,7	7,8	9,5	6,4	9,1	7,4	10,3	9,0	2,991	0,393
Директивность	5,9	6,3	6,1	4,9	2,6	6,5	6,6	6,6	5,914	0,116
Коммуникация	14,8	10,6	19,4	9,9	18,8	18,1	19,4	10,0	4,120	0,249
Аффектация	8,2	9,5	7,9	9,0	4,1	6,8	7,7	6,5	1,884	0,597
Зависимость	6,1	6,6	8,6	8,1	6,8	10,3	7,6	6,1	1,595	0,661
Калечность	3,5	7,2	1,1	2,2	2,9	5,2	0,6	1,3	4,273	0,233
Описание	16,0	18,3	6,9	9,6	6,9	9,6	10,5	10,2	4,558	0,207
Страх	2,0	4,2	1,2	2,9	0,4	1,4	0,8	2,2	1,703	0,636
Напряжение	0,8	2,1	1,3	2,8	0,0	0,0	0,6	2,4	4,646	0,200
Активные безличные ответы	15,7	8,3	23,6	17,5	14,4	15,3	18,4	15,4	2,278	0,517
Пассивные безличные ответы	7,8	14,0	4,5	5,5	5,4	5,9	6,0	9,5	1,924	0,588
Эксгибиционизм	12,1	11,9	9,9	9,7	7,7	7,6	11,1	11,4	0,249	0,969
Возраст	40,0	12,6	32,4	8,5	32,5	12,2	34,6	5,7	7,684	0,053
Длительность заболевания	10,5	9,7	9,3	8,7	8,7	7,0	13,3	5,3	5,592	0,133
Дефект	1,9	1,2	1,8	1,3	1,7	1,1	2,7	0,6	6,413	0,093
Образование	2,1	0,8	2,1	0,8	1,5	0,8	1,4	0,7	8,060	**0,045**
Инвалидность	0,8	1,0	1,0	1,1	0,9	1,1	1,7	1,0	7,264	0,064
Количество источников финансирования	0,7	0,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,6	2,363	0,501
Жилье	2,3	0,6	2,2	0,5	1,8	0,6	2,2	0,6	1,833	0,608
Опыт проживания в собственной семье	1,5	0,8	1,4	0,7	1,1	0,7	1,3	0,7	0,857	0,836

Условные обозначения: x – среднее арифметическое; σ – стандартное отклонение.

Рассмотрим различия биопсихосоциальных характеристикик испытуемых четырех групп больных шизофренией. Испытуемые **первой группы** (с низкой деструктивностью) являются самыми образованными относительно испытуемых трех других групп (H=8,060, p<0,05).

Испытуемые **второй группы** (с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными) отличаются дефицитарной личностной струткурой. Для них характерны самые высокие показатели деструктивной составляющей агрессии (H=65,822, p<0,01), нарциссизма (H=11,969, p<0,01), тревоги (H=20,510, p<0,01), внешнего Я-отграничения (H=15,661, p<0,01) и дефицитарной составляющей агрессии (H=16,453, p<0,01), нарциссизма (H=18,336, p<0,01), внешнего Я-отграничения (H=25,459, p<0,01), внутреннего Я-отграничения (H=24,182, p<0,01).

Для испытуемых **третьей группы** (испытуемые с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию) характерны самые низкие значения по шкалам сексуальности. Обращает на себя внимание большой разброс показателей по шкалам сексуальности. Стандартное отклонение подтверждает низкую согласованность результатов опроса по указанным шкалам. В связи с этим рассмотрим индивидуальные показатели испытуемых по шкалам сексуальности (таблица 31). Обращают на себя внимания очень низкие показатели по всем трем шкалам сексуальности испытуемых 2, 3, 4, 8, 9. Испытуемые 5, 6 отличаются преобладанием деструктивной составляющей сексуальности. Испытуемые 6, 10 характреризуются низкой конструктивной составлящей сексуальности. Исходя из указанных особенностей, данную группу можно условно назвать «группой испытуемых с недифференцированной сексуальностью».

Таблица 31. Индивидуальные показатели испытуемых по шкалам сексуальности в третьей группе больных шизофренией.

Испытуемый	Конструктивная сексуальность	Деструктивная сексуальность	Дефицитарная сексуальность
1	6	6	6
2	***0***	***0***	***1***
3	***0***	***1***	***0***

4	***4***	***2***	***3***
5	8	10	6
6	2	6	2
7	12	4	1
8	***1***	***1***	***3***
9	***0***	***1***	***2***
10	3	3	5
11	13	10	0
12	5	0	5
13	11	4	1
14	7	2	0
15	12	2	2

Испытуемые **четвертой группы** (с высокой деструктивностью) отличаются самой высокой напряженностью влечения к деструкции. Они больше, чем представители других групп склонны видеть в своем поведении (H=12,505, p<0,01), мнениях (H=16,444, p<0,01), переживаниях (H=8,795, p<0,05) признаки агрессии. Кроме того, для них характер самый высокий показатель дефицитарной тревоги (H=25, 521, p<0,01), что свидетельствует о непереносимости переживаний, сопряженных с психическим отражением опасности.

Рассмотрим различия в психологических характеристиках четырех групп здоровых испытуемых. Количественный состав участников четырех групп здоровых индивидов представлен в таблице 32.

Таблица 32. Количественный состав участников четырех групп здоровых индивидов.

Группы	Общее количество испытуемых	Женская популяция	Мужская популяция
1	17	13	4
2	17	13	4
3	34	17	17
4	31	17	14
Всего	99	60	39

Различия в биопсихосоциальных характеристиках испытуемых четырех групп здоровых индивидов представлены в таблице 33.

Таблица 33. Различия в биопсихосоциальных характеристиках испытуемых четырех групп здоровых индивидов.

Биопсихосоц характеристики	**1 группа (n=26)**		**2 группа (n=29)**		**3 группа (n=15)**		**4 группа (n=18)**		**Различия (H– критерий Краскела - Уоллиса)**	
	x	**σ**	***x***	**σ**	***x***	**σ**	***x***	**σ**	Chi-Square	Asymp. Sig.
Поведенческий компонент	16,3	5,0	19,9	5,7	17,9	5,0	21,8	7,5	7,854	**0,049**
Когнитивный компонент	17,6	5,0	19,5	4,4	15,4	4,4	20,7	4,5	19,510	**0,000**
Эмоциональный компонент	14,8	4,0	19,2	5,2	15,1	4,5	18,4	4,6	11,485	**0,009**
Мотивационный фактор любви и нежности	3,6	1,2	2,9	1,3	3,3	1,2	3,1	1,2	3,753	0,289
Мотивационный фактор агрессии, активности	1,5	0,6	1,7	0,6	3,6	0,8	3,5	0,7	72,634	**0,000**
Этический мотивационный фактор	3,1	1,2	3,2	1,1	2,8	1,0	2,6	1,2	5,000	0,172
Моральный мотивационный фактор	3,1	1,1	3,0	1,1	2,9	1,0	3,0	1,2	0,390	0,942
Мотивационный фактор сужения Я	3,2	1,2	3,3	0,8	2,4	1,3	2,7	1,0	7,704	0,053
Мотивационный фактор расширения Я	2,8	1,4	2,7	1,5	2,4	1,0	2,9	1,3	3,557	0,313
Мотивационный фактор прилипания и постоянства	2,8	1,0	3,1	1,3	2,7	1,0	2,8	1,5	0,893	0,827
Мотивационный фактор привязанности	3,8	1,2	4,1	1,1	3,8	1,2	3,4	1,1	4,695	0,196
Конструктивная агрессия	7,2	3,3	8,1	2,9	8,4	2,8	7,9	3,2	1,111	0,774
Деструктивная агрессия	2,3	1,0	6,8	1,6	2,6	1,0	6,6	1,6	74,920	**0,000**
Дефицитарная агрессия	3,3	2,3	3,9	2,3	2,9	1,5	4,7	2,4	11,260	**0,010**
Конструктивная сексуальность	7,1	3,2	7,1	3,8	7,3	3,3	7,3	3,5	0,133	0,988
Деструктивная сексуальность	2,3	1,6	4,4	3,1	2,6	2,4	3,8	2,2	10,966	**0,012**
Дефицитарная сексуальность	1,6	1,5	2,6	2,3	1,8	1,7	2,5	1,9	3,571	0,312
Конструктивный нарциссизм	7,5	2,8	7,5	2,9	7,7	2,9	7,5	2,5	0,613	0,893
Деструктивный нарциссизм	1,9	2,1	4,2	2,0	2,1	1,7	3,9	2,2	20,120	**0,000**
Дефицитарный	1,9	2,4	2,5	2,4	1,8	2,2	2,8	3,0	3,574	0,311

нарциссизм										
Конструктивная тревога	6,3	3,9	7,8	2,2	7,3	2,8	6,8	2,4	1,749	0,626
Деструктивная тревога	1,6	1,9	2,6	2,4	1,4	1,6	3,2	2,6	10,108	**0,018**
Дефицитарная тревога	2,1	1,5	4,3	1,5	2,5	1,5	4,0	2,1	23,285	**0,000**
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,4	2,5	7,9	2,4	7,5	2,2	7,4	2,2	1,418	0,701
Деструктивное внешнее Я-отграничение	3,1	1,9	3,8	1,8	3,0	1,9	4,9	2,0	16,335	**0,001**
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	3,4	2,6	5,5	1,7	3,0	2,3	4,9	2,7	16,787	**0,001**
Конструктивное внутренне Я-отграничение	8,7	2,6	8,9	2,4	9,2	2,7	8,9	2,2	1,063	0,786
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	3,1	1,5	4,1	1,5	3,1	2,0	4,8	2,1	14,517	**0,002**
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	3,8	2,8	5,9	2,7	3,3	2,6	6,3	2,8	19,716	**0,000**
Агрессия	9,2	6,0	8,2	5,2	7,2	6,2	11,0	7,8	4,572	0,206
Директивность	5,9	4,8	7,4	7,8	6,0	5,2	5,5	5,1	0,524	0,914
Коммуникация	19,4	9,7	21,9	12,2	20,7	10,6	17,6	7,3	1,466	0,690
Аффектация	10,9	6,2	7,6	5,0	8,1	7,3	8,5	7,8	3,124	0,373
Зависимость	6,9	6,7	4,2	5,6	4,1	5,0	6,0	5,7	3,844	0,279
Калечность	2,9	5,2	3,6	4,1	3,9	6,4	3,8	5,8	0,963	0,810
Описание	4,5	8,6	5,1	7,2	3,3	5,2	3,7	7,0	0,719	0,869
Страх	0,8	2,4	2,2	3,2	1,9	3,8	1,5	3,1	3,043	0,385
Напряжение	0,9	2,5	0,9	2,2	0,6	1,7	1,2	2,2	1,952	0,582
Активные безличные ответы	21,0	15,8	21,1	16,0	22,7	10,4	24,7	12,5	1,834	0,608
Пассивные безличные ответы	4,8	5,7	5,1	3,5	6,8	7,6	6,3	6,6	1,255	0,740
Эксгибиционизм	11,9	10,9	11,2	9,8	11,4	10,1	10,6	7,5	0,016	0,999
Возраст	34,1	13,4	31,9	11,1	31,3	10,4	31,1	11,2	1,246	0,742
Образование	2,5	0,7	2,8	0,7	2,5	0,8	2,7	0,6	2,879	0,411
Опыт проживания в собственной семье	1,9	1,0	1,8	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	0,510	0,917

Условные обозначения: x – среднее арифметическое; σ – стандартное отклонение.

Представители **первой группы** здоровых испытуемых (с низкой деструктивностью) склонны меншьше, чем представители трех других групп видеть в своем поведении ($H=7,854$, $p<0,05$) и переживаниях ($H=11,485$, $p<0,01$) признаки агрессии. Также они характеризуются самыми низкими показателями

деструктивной сексуальности (H=10,966, p<0,05) и деструктивного нарциссизма (H=20,120, p<0,05).

Испытуемые **второй группы** (с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными) отличаются самыми высокими показателями деструктивной сексуальности (H=10,966, p<0,05) и деструктивного нарциссизма (H=20,120, p<0,05). Они склонны больше, чем представители трех других групп видеть в своих переживаниях (H=11,485, p<0,01) признаки агрессии. Кроме того, они отличаются самыми высокими показателями дефицитарной тревоги (H=23,285, p<0,01) и дефицитарного внешнего Я-отграничения (H=16,787, p<0,01).

Для испытуемых **третьей группы** (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию) характерны самые высокие показтели напряженности деструктивного влечения (H=72,634, p<0,01).

Для испытуемых **четвертой группы** (с высокой деструктивностью) характерен самый высокий дефицитарный компонент агрессии (H=11,260, p<0,01). Они склонны больше, чем представители трех других групп видеть в своем поведении (H=7,854, p<0,05) и мнениях (H=19,510, p<0,01) признаки агрессии. Кроме того, они обладают самыми ригидными внешними (H=16,335, p<0,01) и внутренними (H=14,517, p<0,01) границами Я. Также для них характерны самые диффузные внутренние границы Я (H=19,716, p<0,01) и самый высокий уровень деструктивной тревоги (H=23, 285, p<0,01).

Далее рассмотрим различия в биопсихосоциальных характеристиках четырех групп больных шизофренией и здоровых испытуемых (таблица 34).

Таблица 34. Сравнение четырех групп больных шизофренией и здоровых испытуемых.

Биопсихосоц. характеристики	**1 группы**			**2 группы**			**3 группы**			**4 группы**		
	x		**U**	**x**		**U**	**x**		**U**	**x**		**U**
	шиз	здор		шиз	здор		шиз	здор		шиз	здор	
Поведенческий компонент	20,9	16,3		24,3	19,9		17,8	17,9	140,5*	27,4	21,8	147*
Когнитивный компонент	22,2	17,6		25,0	19,5	92,5**	17,7	15,4	91**	28,6	20,7	
Эмоциональный компонент	16,6	14,8		19,1	19,2		13,3	15,1		21,4	18,4	

Мотивационный фактор любви и нежности	3,5	3,6		3,1	2,9		2,3	3,3		3,5	3,1	
Мотивационный фактор агрессии, активности	2,2	1,5	115,5**	2,4	1,7	112**	3,5	3,6	107,5**	4,4	3,5	
Этический мотивационный фактор	3,5	3,1		3,0	3,2		1,9	2,8		2,9	2,6	
Моральный мотивационный фактор	3,1	3,1		3,1	3,0		2,9	2,9	159*	2,6	3,0	
Мотивационный фактор сужения Я	3,1	3,2		3,0	3,3		2,3	2,4		2,6	2,7	
Мотивационный фактор расширения Я	2,5	2,8		2,7	2,7		1,6	2,4		2,3	2,9	
Мотивационный фактор прилипания и постоянства	3,1	2,8		3,3	3,1		2,2	2,7		2,8	2,8	
Мотивационный фактор привязанности	3,0	3,8	138*	3,3	4,1	161,5*	2,3	3,8	143,5*	3,0	3,4	
Конструктивная агрессия	7,5	7,2		8,6	8,1		6,2	8,4		7,2	7,9	
Деструктивная агрессия	3,2	2,3	140,5*	8,0	6,8	159*	2,3	2,6		7,8	6,6	175*
Дефицитарная агрессия	4,9	3,3		7,7	3,9		3,7	2,9		5,9	4,7	
Конструктивная сексуальность	5,0	7,1		7,9	7,1		4,4	7,3		6,7	7,3	
Деструктивная сексуальность	2,7	2,3		5,7	4,4		2,7	2,6		5,1	3,8	
Дефицитарная сексуальность	3,7	1,6	120*	4,4	2,6	149,5*	1,9	1,8		5,4	2,5	109**
Конструктивный нарциссизм	6,7	7,5		7,9	7,5		5,4	7,7		7,4	7,5	
Деструктивный нарциссизм	4,1	1,9	106,5**	6,3	4,2	124**	3,5	2,1	116**	5,6	3,9	164,5*
Дефицитарный нарциссизм	3,6	1,9	132,5*	7,0	2,5		3,8	1,8	93**	6,4	2,8	102,5**
Конструктивная тревога	6,5	6,3		7,9	7,8		5,8	7,3		7,4	6,8	
Деструктивная тревога	3,4	1,6	118,5*	6,4	2,6		3,0	1,4	97,5**	5,1	3,2	172*
Дефицитарная тревога	3,7	2,1		6,4	4,3	115,5**	2,9	2,5	158,5*	7,6	4,0	
Конструктивное внешнее Я-отграничение	7,2	7,4		7,5	7,9		6,2	7,5		7,0	7,4	
Деструктивное внешнее Я-отграничение	4,5	3,1	139*	6,8	3,8		3,8	3,0	142*	6,1	4,9	
Дефицитраное внешнее Я-отграничение	4,3	3,4		7,6	5,5	94,5**	3,7	3,0	157,5*	6,2	4,9	
Конструктивное внутренне Я-отграничение	8,2	8,7		8,5	8,9		7,3	9,2		7,8	8,9	

Деструктивное внутреннее Я-отграничение	4,6	3,1		5,9	4,1	122**	3,3	3,1		5,2	4,8	
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение	5,4	3,8		9,4	5,9		5,0	3,3	123,5**	7,8	6,3	
Агрессия	7,7	9,2		9,5	8,2		9,1	7,2		10,3	11,0	
Директивность	5,9	5,9		6,1	7,4		2,6	6,0	143*	6,6	5,5	
Коммуникация	14,8	19,4		19,4	21,9		18,8	20,7		19,4	17,6	
Аффектация	8,2	10,9		7,9	7,6		4,1	8,1		7,7	8,5	
Зависимость	6,1	6,9		8,6	4,2		6,8	4,1		7,6	6,0	
Калечность	3,5	2,9		1,1	3,6	150,5*	2,9	3,9		0,6	3,8	176,5*
Описание	16,0	4,5		6,9	5,1		6,9	3,3		10,5	3,7	159**
Страх	2,0	0,8		1,2	2,2		0,4	1,9		0,8	1,5	
Напряжение	0,8	0,9		1,3	0,9		0,0	0,6		0,6	1,2	
Активные безличные ответы	15,7	21,0		23,6	21,1		14,4	22,7		18,4	24,7	
Пассивные безличные ответы	7,8	4,8		4,5	5,1		5,4	6,8		6,0	6,3	
Эксгибиционизм	12,1	11,9		9,9	11,2		7,7	11,4		11,1	10,6	
Возраст	40,0	34,1	140,5*	32,4	31,9		32,5	31,3	131**	34,6	31,1	184*
Образование	2,1	2,5		2,1	2,8	131,5**	1,5	2,5	146**	1,4	2,7	
Опыт проживания в собственной семье	1,5	1,9		1,4	1,8		1,1	2,0	166,5*	1,3	2,0	181*

Условные обозначения: x – среднее арифметическое; U – критерий Манна-Уитни; **- уровень достоверности p<0,01; *- уровень достоверности p<0,05.

Здоровые испытуемые **первой группы** (с низкой деструктивностью) отличаются от больных шизофренией первой группы более напряженной потребностью в привязанности (U=115,5, p<0,01), младшим средним возрастом (U=140,5, p<0,05). Для больных шизофренией характерна большая напряженность влечения к деструкции (U=138, p<0,05), более высокий уровень деструктивная агрессии как структурной личностной составляющей (U=140,5, p<0,05). Кроме того, больные шизофренией отличаются несформированной личностной структурой: более выражены деструктивные составляющие нарциссизма

(U=106,5, p<0,01), тревоги (U=118,5, p<0,05), внешнего Я-отграничения (U=139, p<0,05) и дефицитарные составляющие сексуальности (U=120, p<0,05), нарциссизма (U=132,5, p<0,05).

Здоровые испытуемые **второй группы** (с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными) отличаются от больных шизофренией второй группы более напряженной потребностью в привязанности (U=161,5, p<0,05), более высоким показателем «калечность» (U=150,5, p<0,05), который отражает аутодеструктивные, ипохондрические тенденции. Больные шизофренией отличаются несформированной личностной структурой: более выражены деструктивные составляющие агрессии (U=159, p<0,05), нарциссизма (U=124, p<0,01), внутреннего Я-отграничения (U=122, p<0,01) и дефицитарные составляющие сексуальности (U=149,5, p<0,05), тревоги (U=115,5, p<0,01), внешнего Я-отграничения (U=94,5, p<0,01).

Здоровые испытуемые **третьей группы** (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию) отличаются от больных шизофренией третьей группы более напряженной потребностью в привязанности (U=143,5, p<0,05), более напряженным деструктивным влечением (U=107,5, p<0,01), они более склонны видеть в своем поведении признаки агрессии (U=110,5, p<0,05), более директивны и склонны к доминированию (U=143, p<0,05), более образованы (U=146, p<0,01), проживают с собственной (не родительской) семьей. Больные шизофренией обладают более выраженным когнитивным компонентом агрессии (U=91, p<0,01). Кроме того, больные шизофренией отличаются несформированной личностной структурой: более выражены деструктивные составляющие нарциссизма (U=116, p<0,01), тревоги (U=97,5, p<0,01), внешнего Я-отграничения (U=142, p<0,05) и дефицитарные составляющие нарциссизма (U=93, p<0,01), тревоги (U=158,5, p<0,05), внешнего Я-отграничения (U=157,5, p<0,05) внутреннего Я-отграничения (U=123,5, p<0,01).

Здоровые испытуемые **четвертой группы** (с высокой деструктивностью) отличаются от больных шизофренией четвертой группы более высоким показателем «калечность» (U=176,5, p<0,05), который отражает

аутодеструктивные, ипохондрические тенденции, проживают с собственной (не родительской) семьей (U=181, p<0,05). Больные шизофренией более, чем здоровые испытуемые видят в своем поведении признаки агрессии (U=147, p<0,05), вместе с тем они более склонны к рассуждениям, вместо реальных действий (U=159, p<0,01). Кроме того, больные шизофренией отличаются несформированной личностной структурой: более выражены деструктивные составляющие нарциссизма (U=164,5, p<0,05), тревоги (U=172, p<0,05), агрессии (U=175, p<0,05) и дефицитарные составляющие нарциссизма (U=102,5, p<0,01), сексуальности (U=109, p<0,01).

В группах больных шизофренией и здоровых индивидов, выделенных по уровню деструктивности, была исследована взаимосвязь биологических, социальных и психологических факторов с конструктивным функционированием межличностных границ. Был использован множественный регрессионный анализ. Множественный регрессионный анализ показал взаимосвязь биологических, социальных и психологических показателей (независимых переменных) с конструктивной составляющей внутреннего Я-отграничения (зависимая переменная).

Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в **первой группе больных шизофренией** (с низким уровнем деструктивности) представлены в таблице 35.

Таблица 35. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в первой группе больных шизофренией (с низкой деструктивностью).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	-3,777			
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	0,640	0,781	9,301	**0**
Коммуникация	0,097	0,524	5,664	**0**
Возраст	0,078	0,502	4,670	**0**
Мотивационная склонность к расширению Я	0,432	0,271	2,730	**0,012**

В первой группе больных шизофренией (с низкой деструктивностью) уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы имеет вид: A = - 3,7 + 9,3B + 5,6C + 4,6D + 2,7E, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - конструктивное внутреннее Я-отграничение;

C – коммуникация;

D – возраст;

E - мотивационная склонность к расширению Я.

85 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,85).

В первой группе больных шизофренией (испытуемые с низкой деструктивностью) с конструктивным функционированием внешней границы Я наибольшую взаимосвязь имеет конструктивное внутреннее отграничение, которое проявляется способностью различать внешнее и внутренне, дифференцированностью восприятия внутренних переживаний, способностью отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. Также конструктивность межличностного взаимодействия в данной группе связана со способностью к предметно-деловому общению, с возрастом, с побуждением к единению с окружающими, со стремлением к саморазвитию.

Далее рассмотрим взаимосвязи конструктивного функционирования границы Я во **второй группе больных шизофренией** (испытуемые с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными) (таблица 36).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	2,627			
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	0,738	0,640	7,902	**0**
Деструктивная тревога	-0,942	-0,995	-7,93	**0**
Деструктивная агрессия	0,546	0,402	4,169	**0**
Деструктивное внутреннее Я-	0,441	0,465	4,543	**0**

отграничение				
Мотивационная склонность к привязанности	-0,555	-0,318	-3,212	**0,004**
Количество источников финансиров.	-0,601	-0,186	-2,083	**0,049**

Таблица 36. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения во второй группе больных шизофренией (испытуемые с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными).

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы во второй группе больных шизофренией (испытуемые с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными):

A = 2,6 + 7,9B – 7,3C + 4,5D + 4,1E – 3,2F – 2,08G, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - конструктивное внутреннее Я-отграничение;

C - деструктивная тревога;

D - деструктивное внутреннее Я-отграничение;

E - деструктивная агрессия;

F - мотивационная склонность к привязанности;

G- количество источников финансирования.

86 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,86).

Во второй группе больных шизофренией (испытуемые с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными), как и в первой группе больных шизофренией (с низкой деструктивностью) конструктивность внешней границы Я наиболее связана с конструктивностью внутренней границы Я. Вместе с тем на конструктивность межличностного взаимодействия связана с низким уровенем тревоги и низкой напряженностью мотивационной склонности к привязанности. То есть способность переносить тревогу, преодолевать ее в процессе межличностного взаимодействия и низкая актуальность потребности в создании и сохранении межличностного взаимодействия способствуют

формированию конструктивных межличностных отношений. Также в группе больных шизофренией «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными» конструктивную внешнюю границу формирует высокая деструктивная составляющая агрессии, которая свидетельствует о проявлениях инициативы, настойчивости, активности, проявляющихся на фоне недостаточности конструктивных поведенческих навыков.

Рассмотрим взаимосвязь факторов с формированием конструктивной границы Я в **третьей группе больных шизофренией** (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию) (таблица 37).

Таблица 37. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в третьей группе больных шизофренией (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	-2,872			
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	1,138	0,983	11,272	**0**
Дефицитарная сексуальность	0,585	0,486	4,795	**0**

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы в третьей группе больных шизофренией (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию):

A = -2,8 + 11,2B + 4,7C, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - конструктивное внутреннее Я-отграничение;

C- дефицитарная сексуальность.

92 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,92).

В третьей группе больных шизофренией (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию), также, как и в двух других выше описанных группах больных шизофренией конструктивность функционирования

внешней границы Я наибольше связана с конструктивным внутренним Я-отграничением. Фактор «конструктивное внутреннее Я-отграничение» в данной группе имеет наибольший вес - 11,2, в группе с высокой деструктивностью, сформированной в симбиозе – 7,9, в группе с низким общим уровнем деструктивности – 9,3. Также в третьей группе формирование конструктивных межличностных отношений связано с недоразвитием функции сексуальности, которая, вероятно, тормозит проявления деструктивного влечения.

Далее рассмотрим взаимосвязь факторов с формировании конструктивной границы Я в **четвертой группе больных шизофренией** (с высокой общей деструктивностью) (таблица 38).

Таблица 38. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в четвертой группе больных шизофренией (с высокой общей деструктивностью).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	5,066			
Конструктивный нарциссизм	0,466	0,503	3,139	**0,007**
Эмоциональный компонент агрессии	-0,210	-0,361	-3,304	**0,005**
Конструктивная тревога	0,406	0,438	2,724	**0,016**

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы в четвертой группе больных шизофренией (с высокой деструктивностью):

A= 5,0 – 3,3B + 3,1C + 2,7D, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - эмоциональный компонент агрессии;

C - конструктивный нарциссизм;

D - конструктивная тревога.

83 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,83).

В четвертой группе больных шизофренией (с высокой деструктивностью) конструктивное функционирование внешней границы Я связано со способностью в достаточной степени отреагировать эмоций гнева, с позитивным представлением индивида о самом себе, с высокой степенью целостного принятия себя, со способностью адекватно оценивать себя, со зрелостью интерперсональных отношений, способностью личности выдерживать переживания, связанные с тревогой без потери интеграции, со способностью дифференцировать реальные угрозы и необоснованные страхи.

Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в группах больных шизофренией представлены на рисунке 13.



Рис. 13. Взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов с конструктивным функционированием межличностных границ в группах больных шизофренией с различным уровнем деструктивности

Рассмотрим взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов с функционированием конструктивной межличностной границы в группах здоровых индивидов.

Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в **первой группе здоровых индивидов** (с низкой деструктивностью) представлены в таблице 39.

Таблица 39. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в первой группе здоровых индивидов с низкой деструктивностью.

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	11,238			
Деструктивная тревога	-0,779	-0,662	-8,534	**0**
Активность	-0,060	-0,434	-7,195	**0**
Зависимость	0,134	0,368	7,200	**0**
Дефицитарный нарциссизм	-0,276	-0,287	-3,654	**0,005**
Возраст	-0,031	-0,166	-2,582	**0,030**

В первой группе здоровых индивидов (с низкой деструктивностью) уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы имеет вид:

A = - 11,2 – 8,5B + 7,2C – 7,1D – 3,6E – 2,5F, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - деструктивная тревога;

C – зависимость;

D – безличная активность;

E - дефицитарный нарциссизм;

F - возраст.

98 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,98).

У здоровых индивидов первой группы (с низкой деструктивностью) с конструктивным функционированием внешней границы Я связано преимущественно отсутствие дезорганизующего влияния тревоги, отсутствие преобладания взаимодействия с неодушевленными объектами над взаимодействием с другими людьми, высокая межличностная зависимость. Также с конструктивным функционированием межличностной границы связано отсутствие недифференцированного представления о собственной личности и неадекватной самооценки, молодой возраст.

Далее рассмотрим взаимосвязь биопсихосоциальных факторов с функционировнаием конструктивной границы Я **во второй группе здоровых индивидов (с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными)** (таблица 40).

Таблица 40. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения во второй группе здоровых индивидов (с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	5, 281			
Конструктивная агрессия	0,380	0,509	15,979	**0**
Зависимость	-0,251	-0,706	-23,486	**0**
Калечнность	-0,136	-0,284	-8,767	**0**
Конструктивный нарциссизм	0,261	0,377	12,858	**0**
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	-0,213	-0,184	-6,531	**0**
Директивность	0,036	0,142	5,371	**0,001**
Агрессия	0,047	0,125	4,350	**0,003**
Дефицитарный нарциссизм	-0,096	-0,070	-2,725	**0,030**

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы во второй группе здоровых индивидов (с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными):

A = 5,2 – 23,4B + 15,9C + 12,8D – 8,7E – 6,5F + 5,3G + 4,3H – 2,7I, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B – зависимость;

C - конструктивная агрессия;

D - конструктивный нарциссизм;

E - калечность;

F - дефицитарное внешнее Я-отграничение;

G – директивность;

H – агрессия;

I - дефицитарный нарциссизм.

98 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,98).

Если у низкодеструктивных здоровых индивидов функционирование конструктивной внешней границы связано с высокой межличностной зависимостью, то у **здоровых индивидов второй группы (с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными)** наоборот, чем межличностная зависимость ниже, тем внешняя граница функционирует более конструктивно. Во второй группе повышена деструктивная составляющая агрессии, вместе с тем на конструктивное функционирование внешней границы весомый вклад вносит показатель конструктивной агрессии (15,9), то есть способность реализовывать агрессию социально-одобряемым способом. Таким образом, деструктивность в данной группе может иметь адаптивное качество, служить самозащите от агрессии со стороны других людей, способствовать достижению поставленных целей, позитивному изменению жизненной ситуации или созданию проектов, реализация которых требует отвергания или преодоления устаревших догм. Также во второй группе здоровых индивидов на

конструктивность межличностных границ связано с низкой склонностью к аутоагрессии, со способностью к вербализации собственных агрессивных тенденций, наличием позитивного представления индивида о самом себе, принятием себя, способностью адекватно оценивать себя, склонностью проявлять директивность в социально-приемлемой форме.

Взаимосвязь биопсихосоциальных факторов с функционированием конструктивной границы Я в **третьей группе здоровых испытуемых (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию)** представлено в таблице 41.

Таблица 41. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в третьей группе здоровых испытуемых (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию).

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	4,531			
Конструктивный нарциссизм	0,499	0,687	6,803	**0**
Калечнность	0,145	0,455	4,890	**0**
Дефицитарный нарциссизм	-0,318	-0,343	-3,676	**0,001**
Зависимость	0,096	0,234	2,587	**0,016**
Мотивационный фактор любви и нежности	-0,349	-0,213	-2,062	**0,050**

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы в третьей группе здоровых испытуемых (с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию):

A = 4,5 + 6,8B + 4,8C – 3,6D + 2,5E – 2,0 F, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - конструктивный нарциссизм;

C – калечность;

D - дефицитарный нарциссизм;

E – зависимость;

F - мотивационный фактор любви и нежности.

80 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,80).

В третьей группе здоровых индивидов конструктивное функционирование внешней границы Я связано с высокой степенью целостного принятия индивидом себя, способностью адекватно оценивать себя, тенденцией к аутоагрессии, высокой межличностной зависимостью, низкой напряженностью сексуального влечения.

Рассмотрим взаимосвязь бипсихосоциальных факторов с функционированием конструктивной границы Я **в четвертой группе здоровых индивидов (с высокой деструктивностью)** (таблица 42).

Таблица 42. Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в четвертой группе здоровых индивидов с высокой деструктивностью.

Показатели	**B - коэффициент**	**Коэффициент Beta**	**t-критерий**	**Уровень достоверности (p)**
Константа	4,015			
Конструктивное внутреннее Я-отграничение	0,712	0,716	7,142	**0**
Дефицитарная сексуальность	-0,234	-0,196	-1,830	**0,080**
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	-0,255	-0,246	-2,443	**0,022**
Этический мотивационный фактор	-0,443	-0,233	-2,345	**0,028**

Уравнение множественной регрессии для конструктивной внешней границы в четвертой группе здоровых индивидов (с высокой деструктивностью):

A = 4,0 + 7,1B – 2,4C – 2,3D - 1,8E, где

A - конструктивное внешнее Я-отграничение;

B - конструктивное внутреннее Я-отграничение;

C - деструктивное внутреннее Я-отграничение;

D - этический мотивационный фактор;

E - дефицитарная сексуальность.

78 % дисперсии переменной «конструктивное внешнее Я-отграничение» обусловлено влиянием указанных переменных (R^2=0,78).

В четвертой группе здоровых индивидов конструктивное функционирование внешней границы Я связано преимущественно с конструктивностью внутренних границ Я (доля показателя -7,1). Кроме того, конструктивность межличностных отношений высокодеструктивных индивидов связана с отсутствием задержки развития сексуальности и низкой склонностью к накоплению отрицательно окрашенных переживаний.

Результаты регрессионного анализа для конструктивного внешнего Я-отграничения в группах здоровых индивидов представлены на рисунке 14.



Рис. 14. Взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов с конструктивным функционированием межличностных границ в группах здоровых индивидов с различным уровнем деструктивности

Таким образом, в группах больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности», «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными», «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» функционирование конструктивных межличностных границ наиболее связано с конструктивным внутренним Я-отграничением, которое проявляется способностью различать внешнее и внутренне, дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. У здоровых индивидов в аналогичных группах на конструктивность межличностных границ связана с уровенем межличностной зависимости и показателем «дефицитарный нарциссизм», который понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, реалистично оценивать себя. Дефицитарный нарциссизм проявляется в поведении низкой самооценкой, зависимостью от окружающих, невозможностью устанавливать и поддерживать межличностные отношения без ущерба своим интересам, трудностями выделения собственных мотивов и желаний, чрезмерной конформностью, выраженной зависимостью, ощущением собственной неполноценности. Во всех трех указанных группах здоровых индивидов, чем дефицитарный нарциссизм ниже, тем межличностные отношения более конструктивны.

В группе больных шизофренией «с высокой деструктивностью» конструктивность межличностных границ связана с низким эмоциональным компонентом агрессии в сочетании с высокими конструктивными составляющими нарциссизма и тревоги, отражающими способность адекватно дифференцировать внешние опасности и адекватно оценивать себя. В группе здоровых индивидов «с высокой деструктивностью» на конструктивность межличностных границ связана с конструктивным функционированием внутренних границ Я, отсутствием склонности к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, низкой дефицитарной сексуальностью.

У больных шизофренией функционирование конструктивных межличностных границ связано с различными факторами в зависимости от особенностей деструктивности. В группе больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности» - со степенью ориентированности на межличностное взаимодействие и сформированностью коммуникативных навыков. В группе больных шизофренией «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными» – с уровенем развития основных функций личностной структуры, наличием стремления к сохранению симбиотических отношений. В группе больных шизофренией «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» – с уровенем развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. В группе больных шизофренией «с высоким уровнем деструктивности» – со способностью к разрядке эмоционального напряжения.

В приложении представлено четыре клинических примера. Первый пациент (мужчина) условно относится к группе больных шизофренией с **«низкой деструктивностью»**. Второй пациент (женщина) - к группе больных шизофренией **«с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными»**. Третий пациент (мужчина) - к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию»**. Четвертый пациент (женщина) **-** к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью»**.

3.7. Обсуждение результатов

Для обсуждения результатов необходимо отметить, что в исследовании принимали участие испытуемые в медикоментозной ремиссии, с упорядоченным поведением, характеризуемые лечащими врачами как готовые к сотрудничеству, не агрессивные, согласившиеся принять участие в исследовании.

При исследовании центральных личностных образований в группах здоровых индивидов получены результаты, свидетельствующие о преобладании конструктивного варианта реализации агрессии. У больных шизофренией также преобладал конструктивный вариант агрессии, вместе с тем, в сравнении со здоровыми испытуемыми определялось недоразвитие, либо искаженное развитие центральных личностных образований, более высокий дефицитарный компонент агрессии. У больных шизофренией с длительностью заболевания более пяти лет уровень агрессии был выше, чем у здоровых испытуемых. По уровню деструктивной составляющей агрессии достоверных различий между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми не наблюдалось.

При исследовании поведенческих тенденций проективной методикой было выявлено, что в женской популяции больных шизофренией с течением заболевания отмечалось достоверное снижение уровня психологической активности, склонность к формализации деятельности. В мужской выборке такой особенности выявлено не было, что, вероятно, связано с тем, что принявшие участие в исследовании женщины с шизофренией были в основном с апато-абулическим типом дефекта.

При исследовании поведенческих тенденций также было выявлено, что для большинства испытуемых всех контрольных и экспериментальных групп была характерна низкая вероятность открытого агрессивного поведения. Вместе с тем, в женской популяции отмечалось нарастание склонности к открытому агрессивному поведению с течением заболевания за счет снижения способности к социальной кооперации в виде снижения способности больных женщин к

предметно-деловому общению с преобладанием эмоционально-оценочного контекста в отношениях с другими людьми.

В мужской популяции склонности к открытому агрессивному поведению с течением заболевания не выявлялось. При этом отмечалась снижение способности к социальной кооперации за счет формальности общения, склонности придавать личностное значение нейтральным ситуациям.

Наряду со снижением способности к кооперации при шизофрении в психической структуре личности определялись компенсаторные взаимосвязи. У женщин с длительностью заболевания менее пяти лет при вербализации агрессивных тенденций увеличивалась пассивность и аутоагрессивные тенденции. У женщин с длительностью заболевания более пяти лет определялась обратная взаимосвязь вербализации агрессивных тенденций и формализации деятельности. У мужчин с длительностью заболевания более пяти лет при вербализации агрессивных тенденций снижалась активность в отношении физической среды. У здоровых женщин при вербализации агрессивных тенденций увеличивался страх собственной деструктивности. Таким образом, подтверждена вторая гипотеза нашего исследования — при проекции собственной агрессии у больных шизофренией усиливается пассивность, склонность к формализации деятельности, у здоровых индивидов — усиливаются аутоагрессивные тенденции, связанные с чувством вины.

При исследовании агрессии методом стандартизированного самоотчета у здоровых испытуемых была получена высокая доля результатов ниже нормативных, что можно объяснить влиянием на полученный результат фактора профессиональной принадлежности участников контрольной группы, которая предполагает индивидуальный контроль над проявлениями агрессии (медицинские работники, студенты и др.). Гендерные различия у здоровых испытуемых проявлялись в двух моментах: для мужчин преобладающей формой проявления агрессивности выступал поведенческий компонент с минимизацией эмоционального компонента. Второе различие касалось структуры агрессивности: для мужчин характерна высокая взаимозависимость проявлений всех трех

компонентов (поведенческого, когнитивного и эмоционального), что позволяет говорить об их когерентности, обеспечивающей адекватность агрессивных проявлений. В женской группе характерно отсутствие взаимосвязи между поведенческим и эмоциональным компонентами агрессивности, что позволяет говорить о возможном несоответствии поведения женщины и ее переживаний в ситуации роста субъективного напряжения.

Для больных шизофренией длительностью не более пяти лет – женщин и мужчин, – характерна высокая склонность видеть в своем мышлении признаки агрессии. Отличительным признаком данной группы больных (без гендерных различий) являлась диссоциированная структура агрессивных проявлений вследствие отсутствия взаимозависимостей между компонентами.

Для больных с продолжительностью заболевания более пяти лет – и женщин, и мужчин – характерно повышение показателя поведенческой агрессивности на фоне роста когнитивного показателя. Указанные особенности соответствуют результатам вышеописанной проективной методики — нарастание склонности к открытому агрессивному поведению с течением заболевания.

В мужской группе больных шизофренией выявлена зависимость между когнитивным и эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами в структуре агрессивности без соответствующей связи между эмоциональным и поведенческим компонентами. Подобная структура агрессии была получена также и в группе здоровых женщин, которая была проинтерпретирована как несоответствие переживаний их поведенческому проявлению. Можно предположить, что у мужчины с продолжительным течением заболевания в самой феноменологии агрессии просматриваются особенности нетипичного (женского) способа «переработки» напряжения и соответствующих способов его разрядки. Кроме того, у мужчин с продолжительным течением заболевания отмечается недифференцированность поведенческого и когнитивного компонентов. Указанная особенность подтверждает нашу гипотезу о том, что у больных шизофренией затруднена способность дифференцировать проявления собственной агрессии в переживаниях, мыслях. Также было выявлено, что у

женщин с продолжительным течением заболевания эмоциональное напряжение разряжается непосредственно в поведении без когнитивной переработки.

При исследовании агрессии методом стандартизированного самоотчета косвенно была обнаружена возможная эквивалентность одушевленных и неодушевленных объектов поведенческой агрессии для больных шизофренией.

При исследовании мотивационных склонностей проективной методикой были получены данные о том, что у больных шизофренией длительностью менее пяти лет – женщин и мужчин, – характерна высокая напряженность этического мотивационного фактора, нарастание враждебности, тенденция к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, высокая аффективная ригидность. У женщин, болезных шизофренией более пяти лет, отмечается снижение напряженности потребности в привязанности и нарастание агрессии. Указанные особенности согласуются с результатами, полученными на основе стандартизированного самоотчета испытуемых.

Были выявлены различия в особенностях регуляции агрессии на мотивационном уровне. Здоровые мужчины склонны скрывать собственные агрессивные тенденции, испытывать стыд. Здоровые женщины – ограничивать себя, руководствоваться этическими нормами. У женщин больных шизофренией менее пяти лет. У женщин, больных шизофренией менее пяти лет, затруднена регуляция агрессии, определяется высокая направленность на самоограничение. Мужчины, больные шизофренией менее пяти лет склонны регулировать агрессию с помощью установления инфантильных симбиотических отношений. У женщин, больных шизофренией более пяти лет, регуляция агрессии осуществляется только посредством этических норм, у мужчин, больных шизофренией более пяти лет, – «прилипания» к объекту привязанности, ригидности, инертности.

Была исследована роль принятия собственной деструктивности в функционировании межличностных границ больных шизофренией и здоровых испытуемых. У больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности», «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными», «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» функционирование

конструктивных межличностных границ наиболее связано с конструктивным внутренним Я-отграничением, которое проявляется способностью различать внешнее и внутренне, дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. У здоровых индивидов в аналогичных группах на конструктивность межличностных границ связана с уровенем межличностной зависимости и показателем «дефицитарный нарциссизм», который понимается, как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, реалистично оценивать себя. Дефицитарный нарциссизм проявляется в поведении низкой самооценкой, зависимостью от окружающих, невозможностью устанавливать и поддерживать межличностные отношения без ущерба своим интересам, трудностями выделения собственных мотивов и желаний, чрезмерной конформностью, выраженной зависимостью, ощущением собственной неполноценности. Во всех трех указанных группах здоровых индивидов, чем дефицитарный нарциссизм ниже, тем межличностные отношения более конструктивны.

Больные шизофренией с низкой деструктивностью являются самыми образованными относительно остальных испытуемых с шизофренией. По сравнению со здоровыми испытуемыми с низкой деструктивностью они обладают дефицитарной личностной структурой, менее напряженной потребностью в привязанности, более напряженным деструктивным влечением и деструктвной агрессией как структурной личностной составляющей, что свидетельствует о затруднениях в реализации деструктивности. У больных шизофренией с низкой деструктивностью конструктивное функционирование межличностных границ связано со степенью ориентированности на межличностное взаимодействие и сформированностью коммуникативных навыков. У здоровых испытуемых – с уровнем тревожности.

Больные шизофренией с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными обладают самой дефицитарной личностной структурой относительно остальных испытуемых с шизофренией. По сравнению со

здоровыми испытуемыми с низкой деструктивностью, видящими себя десруктивными, они обладают более дефицитарной личностной структурой, менее напряженной потребностью в привязанности, более высокой деструктвной агрессией как структурной личностной составляющей. При этом здоровые испытуемыми с низкой деструктивностью, видящие себя десруктивными, склонны социализировать свою деструктивность в профессии (медицинские работники), к аутоагрессивным тенденциям (чаще, чем больные шизофренией дают ответы категории Crip в проективной методике Hand - тест). У больных шизофренией с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными конструктивное функционирование межличностных границ связано с уровенем развития основных функций личностной структуры, наличием стремления к сохранению симбиотических отношений. У здоровых испытуемых – с низкими зависимыми тенденциями.

Больные шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию отличаются от других больных шизофренией недифференцированной сексуальностью. По сравнению со здоровыми испытуемыми с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию, они обладают более дефицитарной личностной структурой, менее напряженной потребностью в привязанности и более выраженным когнитивным компонентом агрессии. Здоровые испытуемые с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию по сравнению с больными шизофренией социализируют деструктивность, являются более социально активными. Они более директивны, образованы, имеют собственную семью, оценивают свое поведение как более агрессивное. У больных шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию конструктивное функционирование межличностных границ связано с уровенем развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. У здоровых испытуемых – со способностью к принятию себя, способностью к социализации деструктивности.

Больные шизофренией с высокой деструктивностью в отличие от других больных шизофренией больше склонны видеть в своем поведении, мнениях, переживаниях признаки агрессии, кроме того, для них характер самый высокий показатель дефицитарной тревоги, свидетельствующий о непереносимости переживаний, сопряженных с психическим отражением опасности. По сравнению со здоровыми испытуемыми с высокой деструктивностью они обладают более дефицитарной личностной структурой, более склонны видеть в своем поведении признаки агрессии, более склонны к формализации деятельности, вместе с тем здоровые испытуемые более склонны к аутоагрессивным тенденциям, ипохондричности, социализации деструктивности в профессии. У больных шизофренией с высокой деструктивностью конструктивное функционирование межличностных границ связано со способностью к разрядке эмоционального напряжения, к самопринятию, к адекватному отражению опасности. Здоровые испытуемые с высокой деструктивностью по сравнению с другими здоровыми испытуемыми чаще видят в своем поведении, мениях признаки агрессии, обладают более выраженной дефицитарной составляющей агрессии, более тревожны и имеют более выраженную деструктивную и дефицитарную составляющую внутренних границ Я. У здоровыз испытуемых с высокой деструктивностью конструктивное функционирование межличностных границ связано со способностью дифференцировать внутренние переживания, низкой склонностью к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, отсутствием высокой дефицитарной составляющей сексуальности.

В приложении представлено четыре клинических примера. Первый пациент (мужчина) условно относится к группе больных шизофренией с **«низкой деструктивностью»**. Второй пациент (женщина) - к группе больных шизофренией **«с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными»**. Третий пациент (мужчина) - к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию»**. Четвертый пациент (женщина) **-** к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью»**.

3.8. Практические рекомендации

В данном параграфе представлены рекомендации для психокоррекционной работы с больными шизофренией.

Представляется важной дифференциация поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности у больных параноидной шизофренией. Для этого в коррекционно-психотерапевтической практике необходимо:

— разграничивать фантазии и реальность пациента, подчеркивать различия между мыслями, эмоциями и действиями пациента («думать» и «делать» - это разные вещи);

— делать акцент на том, что агрессия в мыслях и в эмоциях – естественная часть человеческой жизни, однако необходимо придерживаться социальных норм поведения;

— выполнять поддерживающую функцию, помогая пациенту в интерпретации значения субъективно значимых для него ситуаций;

— целесообразно приводить привязку психического напряжения пациента к определенным стрессорам, развивая объектную направленность агрессии.

Важными задачами являются замена деструктивных вариантов реагирования и восполнение дефицитарных навыков больных параноидной шизофренией с опорой на их конструктивные аспекты, постепенное принятие и закрепление собственной позитивной активности, восстановление способности переносить фрустрацию и агрессию (Аммон Г., 1980, Соловьева С.,1996; Бабин С. М., 2006).

Коррекционно-психотерапевтические мероприятия необходимо проводить с учетом особенностей деструктивных тенденций больных шизофренией и биопсихосоциальных характеристик, формирующих механизмы взаимодействия с внешним окружением.

Для больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности» психологическая коррекция должна быть направлена на развитие коммуникабельности, навыков общения, установок социального сотрудничества, способности к самовыражению, проявлению себя, пониманию своих потребностей и желаний. Необходимо ориентировать пациентов на снижение их взаимодействия с физическими, неодушевленными объектами и расширение социальных контактов.

Для пациентов с шизофренией «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными» характерно недоразвитие личностной структуры, тенденция формировать границу с внешним миром посредством деструктивных проявлений агрессии. Мишенью воздействия является потребность поддержания симбиотических отношений. Психологическая коррекция должна быть направлена на формирование способностей отстаивать свои потребности и желания в реальном поведении конструктивными способами, развитие способности к самовыражению, самопроявлению, способности выдерживать переживания, связанные с тревогой без потери интеграции, дифференцировать реальные угрозы и необоснованные опасения.

У больных шизофренией «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» недоразвитие функции сексуальности выполняет компенсаторную функцию для поддержания конструктивных границ с внешним окружением. Психологическая коррекция должна быть направлена на развитие понимания и принятия своих потребностей и желаний и их реализации в социально-приемлемой форме.

У больных шизофренией «с высокой деструктивностью» психологическая коррекция должна быть направлена на снижение аутодеструктивных тенденций, развитие способности справляться с переживанием эмоции гнева, высокой внутренней психической напряженностью, тревожностью. Также необходимо развивать способность пациентов к пониманию своих индивидуально-психологических особенностей, потребностей желаний и их коммуникативные

навыки. Возможно ориентировать пациентов на усиление их активности в отношении физической среды с целью разрядки внутреннего напряжения.

ВЫВОДЫ

1. Агрессивность как свойство личности формируется в процессе социализации и проявляется в контексте межличностного взаимодействия. Агрессивность играет роль в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности, установлению продуктивных межличностных контактов, адаптации к окружающему миру. В зависимости от целостного психического контекста свойство агрессивности формирует в одном случае социально-позитивное поведение, в другом случае трансформируется в деструктивное поведение. Выделяют конструктивную (социализированную), деструктивную (тенденцию к разрушению объекта, разрыву отношений) и дефицитарную (направленную вовнутрь Я-структуры) агрессию.

2. Отличительным признаком больных шизофренией является диссоциированная структура агрессивных проявлений вследствие отсутствия взаимозависимостей между когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами, высокий показатель когнитивного компонента агрессии. Для больных шизофренией с продолжительностью заболевания более пяти лет характерно повышение показателя поведенческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности здоровых индивидов отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии.

3. При шизофрении наряду со снижением способности к кооперации в структуре личности образуются компенсаторные взаимосвязи, регулирующие агрессивность. При усилении агрессивных тенденций увеличивается пассивность в отношении физической среды, аутоагрессивные тенденции, тенденция к формализации деятельности.

4. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У здоровых индивидов - структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда).

5. В группах больных шизофренией определяется повышение дефицитарной составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований. В группах здоровых индивидов получены результаты, свидетельствующие о преобладании конструктивного варианта реализации агрессии.

6. Для больных шизофренией с дефицитарной личностной структурой и слабыми, диффузными границами характерен средний общий уровень агрессии, низкая конструктивная агрессия, преобладание деструктивной составляющей агрессии над конструктивной. Для больных шизофренией с высокой активностью и деструктивностью - высокий общий уровень агрессии, высокие конструктивная и деструктивная составляющая агрессии. Для больных шизофренией со сформированной личностной структурой - низкий уровень общей агрессии, низкая деструктивная агрессия, преобладание конструктивной составляющей агрессии над деструктивной составляющей.

7. Для больных шизофренией с низким уровнем деструктивности наиболее значимой для формирования конструктивных межличностных границ является ориентированность на межличностное взаимодействие и сформированность коммуникативных навыков. Для больных шизофренией с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными, – уровень развития основных функций личностной структуры, наличие стремления к сохранению симбиотических отношений. Для больных шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию – уровень развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей

влечений. Для больных шизофренией с высоким уровнем деструктивности – способность к разрядке эмоционального напряжения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационной работе представлены результаты исследования роли агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией.

В рамках исследования был проведен теоретический анализ имеющихся научных исследований об особенностях агрессивности больных шизофренией. Научные исследования на данный момент продемонстрировали высокую социальную значимость изучения социальных отношений больных шизофренией, и их агрессии, агрессивности, деструктивности. Достаточно большое количество психологических исследований агрессии, агрессивности больных шизофренией имеют судебно-психологическую направленность и посвящены проблеме совершения общественно опасных деяний больными. При этом глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии и его роль в динамике межличностных отношений при шизофрении остается недостаточно изученным.

Целью исследования являлось выявление роли агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией. Выборка составила 203 испытуемых от 18 до 64 лет. Экспериментальные группы составили 102 больных параноидной шизофренией (40 мужчин, 62 женщины) от 18 до 64 лет, находящихся на стационарном лечении в БУЗ и СПЭ «РКПБ МЗ УР». Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлись: наличие в качестве основного клинического диагноза параноидной шизофрении (F-20.006 по МКБ-10). Больные обследовались в состоянии ремиссии (медикаментозной ремиссии). Критериями исключения пациентов из исследования были: нозологическая неоднозначность в психиатрическом диагнозе, наличие клинически и клинико-психологически выявляемых признаков психотической дезорганизации психической деятельности испытуемых, отказ от исследования. Сравнение проводилось с контрольными группами психически здоровых индивидов, в которые вошел 101 человек (41

мужчина и 60 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 32 года), не страдающих психическими и неврологическими расстройствами.

Предполагая влияние гендерных различий, мы сочли целесообразным разделение всех участников по признаку половой принадлежности. Кроме того, поскольку в клинической практике большое значение для оценки динамики заболевания придается его продолжительности от момента клинически установленного дебюта, мы провели дополнительную дифференциацию пациентов клинической больницы. В соответствии с общепринятой практикой все больные с параноидной шизофренией были разделены на две группы – с длительностью заболевания менее пяти лет и более пяти лет.

Пациенты были проанализированы в связи с клиническими, социальными и индивидуально-психологическими характеристиками. Психологические особенности испытуемых были исследованы с помощью стандартизированного опросника Басса-Перри, проективной методики Hand-тест, проективного теста Сонди, Я-структурного теста Аммона. Проверка достоверности полученных данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. Применялись U критерий Манна-Уитни (для анализа различий средних значений), коэффициент корреляции Спирмана, коэффициент сопряженности Пирсона, регрессионный анализ, иерархический кластерный анализ, кластерный анализ по методу к-средних.

Больные шизофренией, принимавшие участие в исследовании характеризовались их лечащими врачами как «не агрессивные в данный момент», готовые к сотрудничеству. В процессе исследования поведение испытуемых было упорядоченным. При исследовании центральных личностных образований с помощью личностного проективного опросника в группах здоровых индивидов получены результаты, свидетельствующие о преобладании конструктивного варианта реализации агрессии. У больных шизофренией также преобладал конструктивный вариант агрессии, вместе с тем, в сравнении со здоровыми испытуемыми определялось недоразвитие, либо искаженное развитие центральных личностных образований, более высокий дефицитарный компонент

агрессии. По уровню деструктивной составляющей агрессии достоверных различий между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми не наблюдалось. При исследовании поведенческих тенденций с помощью проективной методики также было выявлено, что для большинства испытуемых всех контрольных и экспериментальных групп была характерна низкая вероятность открытого агрессивного поведения

Было выявлено, что при проекции собственной агрессии у больных шизофренией усиливается пассивность, склонность к формализации деятельности, у здоровых индивидов — усиливаются аутоагрессивные тенденции, связанные с чувством вины.

Для больных шизофренией была обнарушена склонность видеть в своем мышлении признаки агрессии. Отличительным признаком больных являлась диссоциированная структура агрессивных проявлений вследствие отсутствия взаимозависимостей между когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами. Кроме того, у мужчин с продолжительным течением заболевания отмечается недифференцированность поведенческого и когнитивного компонентов. Указанная особенность подтвердила нашу гипотезу о том, что у больных шизофренией затруднена способность дифференцировать проявления собственной агрессии в переживаниях, мыслях.

При исследовании агрессии методом стандартизированного самоотчета косвенно была обнаружена возможная эквивалентность одушевленных и неодушевленных объектов поведенческой агрессии для больных шизофренией.

Была исследована роль принятия собственной деструктивности в функционировании межличностных границ больных шизофренией и здоровых испытуемых. Под принятим собственной агрессивности мы понимаем готовность видеть себя агрессивными, то есть склонность при ответах на вопросы обнаруживать в своем поведении, переживаниях и мнениях признаки агрессии (Ениколопов С. Н., 2011). Отказ от осознания своей агрессивности обнаруживался в противоречии результатов диагностики агрессивности опросниковыми методами с данными проективных методик.

Испытуемые с шизофренией и здоровые индивиды были разделены на четыре группы в соответствии с уровнем деструктивности. Основой разделения выступали два параметра. Первый параметр – уровень деструктивности по данным проективной методики. Первый параметр измерялся с помощью методики Сонди и был представлен мотивационной склонностью к агрессии, деструкции (s). Второй параметр – уровень деструктивности по данным опросника. Он был измерен по шкале «деструктивная агрессия» Я-структурного теста Аммона. По первому параметру все испытуемые были разделены на две группы – с низким уровнем напряженности деструктивного влечения и с высоким уровнем напряженности деструктивного влечения. Затем испытуемые каждой группы были разделены на две группы с учетом второго параметра. Таким образом, в первую группу вошли испытуемые с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и по данным опросника, во вторую группу – с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и высоким уровнем по данным опросника, в третью группу - с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и низким уровнем по данным опросника, в четвертую группу – с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и опросника.

В группах больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности», «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными», «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» функционирование конструктивных межличностных границ наиболее связано с конструктивным внутренним Я-отграничением, которое проявляется способностью различать внешнее и внутренне, дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. У здоровых индивидов в аналогичных группах на конструктивность межличностных границ связана с уровенем межличностной зависимости и показателем «дефицитарный нарциссизм», который понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, реалистично оценивать себя. Дефицитарный нарциссизм

проявляется в поведении низкой самооценкой, зависимостью от окружающих, невозможностью устанавливать и поддерживать межличностные отношения без ущерба своим интересам, трудностями выделения собственных мотивов и желаний, чрезмерной конформностью, выраженной зависимостью, ощущением собственной неполноценности. Во всех трех указанных группах здоровых индивидов, чем дефицитарный нарциссизм ниже, тем межличностные отношения более конструктивны.

В группе больных шизофренией «с высокой деструктивностью» конструктивность межличностных границ связана с низким эмоциональным компонентом агрессии в сочетании с высокими конструктивными составляющими нарциссизма и тревоги, отражающими способность адекватно дифференцировать внешние опасности и адекватно оценивать себя. В группе здоровых индивидов «с высокой деструктивностью» на конструктивность межличностных границ связана с конструктивным функционированием внутренних границ Я, отсутствием склонности к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, низкой дефицитарной сексуальностью.

У больных шизофренией функционирование конструктивных межличностных границ связано с различными факторами в зависимости от особенностей деструктивности. В группе больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности» - со степенью ориентированности на межличностное взаимодействие и сформированностью коммуникативных навыков. В группе больных шизофренией «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными» – с уровенем развития основных функций личностной структуры, наличием стремления к сохранению симбиотических отношений. В группе больных шизофренией «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» – с уровенем развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. В группе больных шизофренией «с высоким уровнем деструктивности» – со способностью к разрядке эмоционального напряжения.

Указанные особенности свидетельствуют о необходимости подбора дифференцированных коррекционных программ с учетом особенностей деструктивности.

На основании результатов эмпирического исследования были сформулированы рекомендации для психокоррекционных мероприятий при шизофрении. В процессе психокоррекционно-психотерапевтических мероприятий представляется важной дифференциация поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности у больных параноидной шизофренией. Для этого в коррекционно-психотерапевтической практике необходимо:

— разграничивать фантазии и реальность пациента, подчеркивать различия между мыслями, эмоциями и действиями пациента («думать» и «делать» - это разные вещи);

— делать акцент на том, что агрессия в мыслях и в эмоциях – естественная часть человеческой жизни, однако необходимо придерживаться социальных норм поведения;

— выполнять поддерживающую функцию, помогая пациенту в интерпретации значения субъективно значимых для него ситуаций;

— целесообразно приводить привязку психического напряжения пациента к определенным стрессорам, развивая объектную направленность агрессии.

Коррекционно-психотерапевтические мероприятия необходимо проводить с учетом особенностей принятия собственных деструктивных тенденций больными шизофренией.

Для больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности» психологическая коррекция должна быть направлена на развитие коммуникабельности, навыков общения, установок социального сотрудничества, способности к самовыражению, проявлению себя, пониманию своих потребностей и желаний. Необходимо ориентировать пациентов на снижение их взаимодействия с физическими, неодушевленными объектами и расширение социальных контактов.

Для пациентов с шизофренией «с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными» характерно недоразвитие личностной структуры, тенденция формировать границу с внешним миром посредством деструктивных проявлений агрессии. Мишенью воздействия является потребность поддержания симбиотических отношений. Психологическая коррекция должна быть направлена на формирование способностей отстаивать свои потребности и желания в реальном поведении конструктивными способами, развитие способности к самовыражению, самопроявлению, способности выдерживать переживания, связанные с тревогой без потери интеграции, дифференцировать реальные угрозы и необоснованные опасения.

У больных шизофренией «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» недоразвитие функции сексуальности выполняет компенсаторную функцию для поддержания конструктивных границ с внешним окружением. Психологическая коррекция должна быть направлена на развитие понимания и принятия своих потребностей и желаний и их реализации в социально-приемлемой форме.

У больных шизофренией «с высокой деструктивностью» психологическая коррекция должна быть направлена на снижение аутодеструктивных тенденций, развитие способности справляться с переживанием эмоции гнева, высокой внутренней психической напряженностью, тревожностью. Также необходимо развивать способность пациентов к пониманию своих индивидуально-психологических особенностей, потребностей желаний и их коммуникативные навыки. Возможно ориентировать пациентов на усиление их активности в отношении физической среды с целью разрядки внутреннего напряжения.

Дальнейшими перспективными направлениями исследования агрессивности при шизофрении могут быть:

1) изучение динамики межличностных границ при шизофрении в процессе психокоррекции (психотерапии);

2) изучение структуры агрессивности при различных формах шизофрении;

3) исследование механизмом взаимосвязанного функционирования межличностных границ и деструктивности у больных шизофренией в зависимости от принадлежности к полу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрахам, К. Характер и развитие / К. Абрахам ; пер. с нем. под науч. ред. С. Ф. Сироткина ; предисл. В. М. Лейбина. – Ижевск : ERGO, 2007. – 180 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. – Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
3. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). / Ю. А. Александровский. – Москва : Наука, 1976. – 272 с.
4. Аммон, Г. Динамическая психиатрия. / Г. Аммон. – Санкт-Петербург : Изд-во Психоневролог. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
5. Аммон, Г. Психосоматическая терапия. / Г. Аммон. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 238 с.
6. Аносова, Ю. В. Психологические особенности лиц молодого возраста с опиатной и табачной зависимостью : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Ю. В. Аносова. – Санкт-Петербург, 2005. – 156 с.
7. Ануфриев, А. К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А. К. Ануфриев // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. – Москва, 1974. – С.18-22.
8. Аристова, Т. А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией : автореф. дис. … канд. психол. наук / Т. А. Аристова. – Санкт-Петербург, 1999. – 24 с.
9. Бабин, С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных : автореф. дис. … д-ра психол. наук / С. М. Бабин. – Санкт-Петербург, 2006. – 56 с.

10. Балинт, М. О любви и ненависти // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 149-169.
11. Бандура, А. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений / А. Бандура, Р. Уолтерс ; пер. с англ. – Москва : Апрель Пресс ; ЭКСМО-Пресс, 1999. – 512 с.
12. Белов, В. П., Докучаева, О. Н., Демонова, Д. П. Клинико-социальная характеристика лиц, привлекающихся к уголовной ответственности по ст. 198 УК РСФСР. М., 1981.
13. Белоусова, М. Л. Судебно-психиатрическое значение современных тенденций общественно опасных действий, совершаемых больными шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование) : дис. … канд. мед. наук : 14.00.18 / М. Л. Белоусова. — Москва, 2003. – 179 с.
14. Беляев, В. П., Бреслав Э. А., Лейфман, Ю. М., Стяжкин, В. Я. Роль психоневрологического диспансера в системе оказания специализированной помощи городскому населению // Организация психоневрологической помощи городскому населению. – Л., 1976. – С. 36-43.
15. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Ленинград : Наука, 1988. – 270 с.
16. Берковиц, Л. Агрессия: причины, последствия, контроль. / Л. Берковиц. – Санкт_Петербург : Прайм-Еврознак, 2005. – 512 с.
17. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 2002. – 280 с.
18. Боброва, И. Н., Демонова, Д. П., Свириновский, Я. Е. Социально-правовой аспект динамики клинико-психопатологических и других факторов, влияющих на общественно опасное поведение психически больных // Правовые вопросы судебной психиатрии. – М., 1990. – С. 24-32.
19. Булыгина, В. Г., Мальцева, М. М., Абрамов, С. В. // Руководство по судебной психиатрии: Практ. пособие / Под ред. А. А. Ткаченко. Гл.34. – М.: Из-во Юрайт, 2013 – 966 с. (С. 787-821).

20. Булыгина, В. Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04 / В. Г. Булыгина. – Москва, 2015. – 393 с.
21. Бэрон, Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 352 с.
22. Вандыш-Бубко, В. В. К судебно-психиатрической оценке органических шизофреноподобных психических расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 21-25.
23. Вандыш-Бубко, В. В. Органическое психическое расстройство и агрессивность: принципы и некоторые модели судебно-психиатрической экспертизы // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 227-233.
24. Васильева, Н. В. Клинико-психологическое исследование агрессивности человека : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Н. В. Васильева. – Санкт-Петербург, 1998. – 296 с.
25. Васильева, Н. В. Судебная экспертиза и ее клинико-психологические основания : практич. рук. / Н. В. Васильева, И. А. Горьковая. – Санкт-Петербург : ВИР, 1997. – 170 с.
26. Вассерман, Л. И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16-25.
27. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999. – 50 с.
28. Вассерман, Л. И. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М.Бехтерева. – 1998. – № 1. – С. 33-35.
29. Введенский, Г. Е., Ткаченко, А. А., Яковлева, Е. Ю. и др. Методология комплексного обоснования общественной опасности психически больных,

совершивших сексуальные правонарушения: Методические рекомендации. – Москва, 2011. – 24 с.

30. Верходанова, Т. В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией : дис. … канд. мед. наук : 14.00.18 / Т. В. Верходанова. – Томск, 2007. – 217 с.
31. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – 3-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 512 с. – (Серия «Краткое руководство»).
32. Винникова, И. Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией (терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения) : автореф. дис. … д-ра мед наук / И. Н. Винникова. – Москва, 2009. – 33 с.
33. Винникотт, Д. Агрессия и ее отношение эмоциональному развитию // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 104-126.
34. Винникотт, Д. Корни агрессии // Психоаналитические концепции агрессивности : 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн 2. – С. 253-262.
35. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии : рук. для врачей и психологов / Р. М. Войтенко. – Санкт-Петербург : ИКФ «Фолиант», 2002. – 256 с.
36. Воловик, В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией больных / В. М. Воловик, А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически. – Ленинград, 1984. – С. 39-46.
37. Воложин, А. И. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. – Москва : Медицина, 1987. – 176 с.

38.Гаранян, Н. Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств : автореф. дис. … д-ра психол. наук / Н. Г. Гаранян. – Москва, 2010. – 42 с.

39. Голенков, А. В. Убийства и шизофрения: судебно-психиатрические аспекты / А. В. Голенков // Вопросы судебной экспертизы и принудительного лечения психически больных : материалы областной науч.-практ. конф. – Пенза, 2011. – С. 16-19.

40.Григорьев, И. С., Денисов, М. Ф., Снедков, Е. В. Стандартизированные методы прогнозирования насильственных действий больных, находящихся на принудительном лечении // Экология человека. – 2013. – №12. – С. 52-55.

41.Гринберг, Л. Введение в работы Биона: группы, познание, психозы, трансформация, психоаналитическая практика / Л. Гринберг, Д. Сор, Э. Т. де Бьянчеди ; пер. с англ. А. Шуткова. – Москва : Когито-Центр, 2007. – 156 с.

42.Дмитриев, А. С., Винникова, И. Н., Оспанова, А. В. Клиническое обоснование рекомендаций по изменению и прекращению принудительных мер медицинского характера у больных шизофренией: Методические рекомендации. – М., ФГУ «ГНЦССП Росздрава». – 2009. – 16 с.

43.Дмитриева, Т. Б. Клиническое обоснование рекомендаций по изменению и прекращению принудительных мер медицинского характера у больных шизофренией: Методические рекомендации. – М.: ФГУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2009. – 16 с.

44.Дмитриева, Т. Б. Шостакович, Б. В., Ткаченко, А. А., Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – 592 с.

45. Дозорцева, Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. – М., 2004. – 352 с.

46. Дозорцева, Е. Г., Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Участие психолога в КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых // Подростковая судебная психиатрия / Руководство для врачей / Под ред. В. А. Гурьевой. – М., 1998. – С. 277-298.

47. Дозорцева, Е. Г., Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых (психологический аспект): Дис… канд. Психол. наук. М., 1988.
48. Ениколопов, С. Н. Актуальные проблемы исследования агрессивного поведения / С. Н. Ениколопов // Прикладная юридическая психология. – 2010. – № 2. – С. 37-47.
49. Ениколопов, С. Н. Враждебность и проблема здоровья человека / С. Н. Ениколопов, А. В. Садовская // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2000. – № 7. – С. 59-64
50. Ениколопов, С. Н., Канн, Л. В., Кузнецова, Ю. М., Чудова, Н. В. Модель принятия собственной агрессивности // Форум агрессологии. – 2011. – № 1. – С. 27-41.
51. Ениколопов, С. Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии. Терапия психических расстройств / С. Н. Ениколопов // Терапия психических расстройств. – 2007. – № 1. – С. 18-22.
52. Ениколопов, С. Н. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С. Н. Ениколопов, Н. П. Цибульский // Психологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 115-124.
53. Жариков, Н. М., Шумаков, В. М. Оценка общественной опасности больных шизофренией по данным эпидемиологических исследований // Журн. Невропат. и психиатр. им С. С. Корсакова. – 1995. – №2. – 15-21.
54. Зейгарник, Б. В. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией / Б. В. Зейгарник, А. Б. Холмогорова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, вып. 12. – С. 1813-1819.
55. Зейгарник, Б. В. Патология мышления / Б. В. Зейгарник. – Москва : Изд-во Московского университета, 1962. – С. 242.
56. Зейгарник, Б. В. Психология личности: норма и патология : избранные психологические труды / Б. В. Зейгарник ; под ред. М. Р. Гинзбурга. – 2-е

изд. – Москва : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 416 с.

57. Иммерман, К. Л., Качаева, М. А., Ромасенко, Л. В., Общественно опасные действия психически больных женщин и пути их профилактики // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М.: Изд-во ВНИИ ОиСП им. В. П. Сербского, 1987. – С. 346-351.

58. Исаева, Е. Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Е. Р. Исаева. – Санкт-Петербург, 2010. – 58 с.

59. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.

60. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире / М. М. Кабанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М.Бехтерева. – 1995. – № 4. – С. 175-182.

61. Казакова, И. А. Психологическая диагностика и коррекция эмоциональных нарушений при хроническом гастрите : автореф. дис. … канд. психол. наук / И. А. Казакова. – Санкт-Петербург, 2009. – 23 с.

62. Казаковцев, Б. А. О психиатрической реформе // Российский психиатрический журнал. – 2005. – №1. – С. 57-59.

63. Казаковцев, Б. А., Букреев, Н. В., Булыгина, В. Г., Малкин, Д. А. Проблемы профилактики повторных общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия: профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами / Под ред. В. В. Вандыша. – М.: ФГУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. Вып. 8. – С. 100-109.

64. Казаковцев, Б. А., Малкин, Д. А., Букреев, Н. В., Булыгина, В. Г. Разработка методов оптимизации психокоррекционной помощи лицам, находящимся на принудительном лечении в психиатрических стационарах: Методические рекомендации // Психическое здоровье. – 2012. №9. – С. 29-39.

65. Казаковцев, Б. А., Виноградова, Р. Н.,, Стяжкин, В. Д. и др. Профилактика правонарушений и медико-социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №6. – С.48-51.

66. Казаковцев, Б. А., Малкин, Д. А., Букреев, Н. В., Булыгина, В. Г. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением // Психическое здоровье. – 2011. № 5. – С. 3-31.

67. Калашникова, А. А., Сафуанов, Ф. С. Роль психических расстройств, не исключающих вменяемости, в формировании разнонаправленной агрессии // Российский психиатрический журнал. –2010. – № 4. – С. 16-22.

68. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия : в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Д. Сэдок ; пер. с англ. – Москва : Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.

69. Катан, Е. А. Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении и его влияние на социальное функционирование больных : дис. … канд. мед. наук : 14.00.18. / Е. А. Катан. – Оренбург, 2007. – 156 с.

70. Кернберг, О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / О. Ф. Кернберг ; пер. с англ. А. Ф. Ускова. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2001. – 368 с.

71. Кляйн, М. Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний // Кляйн М. Психоаналитические труды.– Ижевск : ERGO, 2007. – Т. 2 : Любовь, вина и репарация. – С. 139–177.

72. Ковалев, П. А. Возрастно-половые особенности отражения в сознании структуры собственной агрессивности и агрессивного поведения : автореф. дис. … канд. психол. наук / П. А. Ковалев. – Санкт-Петербург, 1996. – 18 с.

73. Кондратьев, Ф. В., Осколкова, С. Н., Василевский, В. Г. Шизофрения и агрессия: новые ракурсы проблемы // Агрессия и психическое здоровье: коллективная монография; под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича. – СПб.: Юридический Центр-Пресс. – 2002. –С. 132 – 173.

74. Кондратьев, Ф. В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С. 64-68.

75. Кондратьев, Ф. В. Концепция качества жизни для судебной психиатрии / Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦС СП им. В. П. Сербского, 2004. – Вып. 1 – С. 66-85.

76. Кондратьев, Ф. В. Криминальная агрессия – актуальная проблема судебной психиатрии // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 17-20.

77. Кондратьев, Ф. В. Профилактика повторных общественно опасных действий психически больных: Методические рекомендации. – М.: МЗ СССР, 1986. – 51 с.

78. Корзун, Д. Н., Ткаченко, А. А. Методология вероятностных экспертных выводов судебно-психиатрических экспертных решений // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2013. – Т. XIV. – № 4. – С. 11-18.

79. Котов, В. П., Мальцева, М. М. Особенности реабилитации больных с различными психопатологическими механизмами общественно опасных действий // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1989. – С. 12-25.

80. Котов, В. П., Мальцева, М. М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности психически больных // Психиатрия и общество. – М., – 2001. – С. 255-269.

81. Котов, В. П., Мальцева, М. М. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 11-14.

82. Котов, В. П., Мальцева, М. М. О соответствии вида принудительного лечения характеру общественно опасного деяния // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 10. – № 11 (78). – С. 19-22.

83. Котов, В. П., Мальцева, М. М. Особенности реабилитации больных с различными психопатологическими механизмами ООД //. – М., 1989. – С. 12-25.

84. Котов, В. П., Мальцева, М. М., Булыгина, В. Г. и др. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей. – М., 2010. –345 с.

85. Котов, В. П., Мальцева, М. М., Полубинская, С. В. Правовые проблемы использования принудительных мер медицинского характера // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 31-35.

86. Котов, В. П., Шишков, С. Н., Полубинская, С. В. И др. Современное состояние законодательного регулирования порядка исполнения предусмотренных уголовным кодексом принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2013. – Т. 11. – № 7 (86). – С. 3-15.

87. Коцюбинский, А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203-212.

88. Коченов, М. М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы. – М.: 1991.

89. Кравченко, И. В. Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении : дис. … канд. мед. наук : 14.01.06 / И. В. Кравченко. – Санкт-Петербург, 2011. – 143 с.

90. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – Москва, 1991. – 256 с.

91. Кудеринов, С. В. Гомицидное поведение у подростков, страдающих шизофренией (клиника, диагностическая квалификация и судебно-психиатрический аспект) : дис. … канд. мед. наук : 14.00.18 / С. В. Кудеринов. – Москва, 2004. – 178 с.

92. Кудрявцев, И. А. Нравственная сфера сознания ограниченно вменяемых правонарушителей. Часть 2. // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 3. – С. 76-95.

93. Кудрявцев, И. А. Нравственная сфера сознания ограниченно вменяемых правонарушителей. Часть 1. // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 2. – С. 78-94.

94. Кудрявцев, И. А. Психология ограниченной вменяемости // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9. – № 10 (65). – С. 99-103.

95. Кудрявцев, И. А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: Юрид. лит., 1988. – 224 с.

96. Кудрявцев, И. А., Лапшина, Е. Н. Психологические механизмы и эффекты влияния патологии характера на саморегуляцию общественно опасных действий // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 29-35.

97. Кудрявцев, И. А., Лапшина, Е. Н. Психологические подходы к проблеме саморегуляции и их прикладное значение для решения вопросов судебно-экспертной практики (ст. 22 УК РФ): Аналитический обзор. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2010. – 38 с.

98. Кудрявцев, И. А., Ратинова, Н. А. Криминальная агрессия. – М.: Издательство Московского Университета, 2000. – 192 с.

99. Кудрявцев, И. А., Ратинова, Н. А., Савина, О. Ф. Деятельностный подход при экспертном анализе агрессивно-насильственных правонарушений // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 3. – С. 45.

100. Кузнецова, С. О. Психологические особенности враждебности при психической патологии: шизофрении, шизоаффективном и аффективном расстройствах : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / С. О. Кузнецова. – Москва, 2007. – 154 с.

101. Курбатова, Т. Н. Проективная методика исследования личности «Hand-тест.» : рук. по использованию / Т. Н. Курбатова, О. И. Муляр. – Санкт-Петербург : ГП «ИМАТОН», 1996. – 56 с.

102. Левитов, Н. Д. Психическое состояние агрессии / Н. Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1972. – № 6. – С. 168-173.

103. Ломброзо, Ч. Преступный человек. / Ч. Ломброзо. – Москва : Эксмо, 2005. – 880 с.

104. Лоренц, К. Агрессия (так называемое «зло») / К. Лоренц ; пер. с нем. – Москва : Издат. группа «Прогресс» ; «Универс», 1994. – 272 с.

105. Любов, Е. Б. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 36-42.

106. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс ; пер. с англ. – Москва : Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с.

107. Макушкина, О. А., Голланд, В. Б., Яхимович, Л. А. Значение мер медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №. 4. – С. 20-26.

108. Макушкина, О. А., Котов, В. П., Мальцева, М. М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006-2013 г. г. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор. – М: ФГБУ «ФМИПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, 2015. – 192 с.

109. Макушкина, О. А., Полубинская, С. В. Выбор принудительных мер медицинского характера в контексте профилактики общественной опасности у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 6. – С. 11-17.

110. Макушкина, О. А., Полубинская, С. В. Проблемы назначения и исполнения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С. 14-19.

111. Макушкина, О. А., Симбирцев, А. А. Тенденции социальных и клинико-психопатологических характеристик психически больных с общественно опасным поведением // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 3. – С. 10-18.

112. Макушкина, О. А., Симбирцев, А. А. Характеристика и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12. – № 11 (102). – С. 26-32.

113. Макушкина, О. А., Яхимович, Л. А. Основные принципы деятельности медицинских служб внебольничной профилактики ООД лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 35-40.

114. Малер, М. Агрессия на службе сепарации-индивидуации – изучение случая отношений матери и дочери // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 304-320.

115. Малер, М. Процесс сепарации-индивидуации и формирование идентичности [Электронный ресурс] / М. Малер // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 2. – Режим доступа: http://psyjournal.ru/index.php.

116. Мальцева, М. М. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – Москва : Медицина, 1995. – 256 с.

117. Мальцева, М. М. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами : рук. по судеб. психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – Москва, 2004. – Гл. 36. – С. 433-443.

118. Менделевич, Б. Д. Нравственная регуляция агрессивности у психически больных (на примере бреда ревности) / Б. Д. Менделевич, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2013. – № 2. – С. 18-23.

119. Менделевич, В. Д. Психиатрия, общество и безопасность граждан: общероссийские и татарстанские тенденции / В. Д. Менделевич, Ф. Г. Зиганшин, Т. В. Гурьянова // Неврологический вестник. – 2011. – № 1. – С. 3-8.

120. Меркурьева, А. А. Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / А. А. Меркурьева. – Санкт-Петербург, 2001. – 144 с.

121. Михайлова, Т. В. Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Т. В. Михайлова. – Санкт-Петербург, 2006. – 200 с.

122. Морозов, Г. В., Печерникова, Т. П., Шостакович, Б. В. Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. – М.: Просвещение, 2002. – 321 с.

123. Наджаров, Р. А. Формы течения шизофрении // Шизофрения (мультидисциплинарное исследование) / под ред. А. В. Снежневского. – Москва : Медицина,1972. – С. 31-76.

124. Незнанов, Н. Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями : дис. … д-ра мед. наук : 14.00.18 / Н. Г. Незнанов. – Санкт-Петербург, 1994. – 38 с.

125. Николаев, Е. Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств / Е. Л. Николаев // Вестник психотерапии. – 2005. – № 14. – С. 9-20.

126. Николаев, Е. Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации / Е. Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. – 2005. – № 2. – С. 90-99.

127. Носачёв, Г. Н. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология) / Г. Н. Носачёв, В. С. Баранов. – Самара, 2005. – 126 с.

128. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. – Санкт-Петербург : Институт им. В. М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

129. Печерникова, Т. П., Гульдан, В.В., Салаев, А. С. Механизмы ООД больных приступообразной шизофренией // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 2005. – С. 98-101.

130. Платонов, К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов. – Москва, 1986. – 124 с.

131. Полубинская, С. В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике // Независимый психиатрический Журнал. – 2008. – № 1. – С. 19-24.

132. Поляков, Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю. Ф. Поляков. – Москва : Медицина, 1974. – 203 с.

133. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Шмуклер, А. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, А. А. Донлыкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67-77.

134. Рагозинская, В. Г. Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями : автореф. дис. … канд. психол. наук / В. Г. Рагозинская. – Санкт-Петербург, 2010. – 24 с.

135. Ратинов, А. Р. Насилие, агрессия, жестокость как объекты криминально-психологического исследования / А. Р. Ратинов, О. Д. Ситковская // Насилие, агрессия, жестокость. Криминально-психологическое исследование : сб. науч. тр. – Москва, 1989. – С. 4-15.

136. Ратинова, Н. А. Психология насильственных преступлений и их экспертная оценка. – М., 2001.

137. Ратинова, Н. А., Кудрявцев, А. И. Криминальная агрессия. Экспертная типология и судебно-психологическая оценка. – М.: Изд-во Моск. ун-та, – 2000. – 192 с.

138. Реан, А. А. Агрессия и агрессивность личности / А. А. Реан. – Санкт-Петербург, 1996. – 347 с.

139. Реверчук, И. В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Удмуртской Республике : автореф. дис. … канд. мед. наук / И. В. Реверчук. – Казань, 2002. – 22 с.

140. Реверчук, И. В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств / И. В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 17-26.

141. Румянцева, Т. Г. Критический анализ концепций «человеческой агрессивности» / Т. Г. Румянцева. – Минск : Изд-во БГУ, 1982. – 128 с.

142. Савчикова, Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Ю. Л. Савчикова. – Санкт-Петербург, 2005. – 208 с.

143. Салливан, Г. Недоброжелательность, ненависть и техники изоляции // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – С. 170-187.

144. Сафуанов, Ф. С. Актуальные теоретические и методологические пролемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы // Психология и право. – 2011. – № 2. – С. 1-2.

145. Сафуанов, Ф. С. Клиническая психология в экспертной практике: Учебно-методическое пособие. – М.: МГППУ, 2002.

146. Сафуанов, Ф. С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях: Психологический аспект: дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04 / Ф. С. Сауфанов. – Москва, 2001. – 362 с.

147. Сафуанов, Ф. С. Психология криминальной агрессии. – М.: Смысл, 2003. – 300 с.

148. Сафуанов, Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. – М.: Гардарика, Смысл, 1998. – 192 с.

149. Семенюк, Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л. М. Семенюк. – Москва, 1996. – 96 с.

150. Ситковская, О. Д. Мотивация агрессивного поведения несовершеннолетних преступников // Насилие, агрессия, жестокость (криминально-психологическое исследование). – М., 1989.

151. Смулевич, А. Б. Дефектные состояния при шизофрении // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 465-471.

152. Снежневский, А. В. Введение // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 17-27.

153. Снежневский, А. В. Закономерности синдромообразования и течения психических заболеваний // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 78-86.

154. Снежневский, А. В. Общая психопатология : курс лекций / А. В. Снежневский. – Валдай, 1970. – 190 с.

155. Снежневский, А. В. Этиология и патогенез психических болезней. Nosos и pathos в психиатрии Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 87-92.

156. Собчик, Л. Н. Модифицированная методика Сонди (тест восьми влечений) / Л. Н. Собчик. – Санкт-Петербург : Речь, 2002. – 128 с. – (Метод портретных выборов – адаптированный вариант Сонди).

157. Соловьева, С. Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04 / С. Л. Соловьева. – Санкт-Петербург, 1996. – 600 с.

158. Сонди, Л. Каин. Образы зла / Л. Сонди. – Москва : Когито-Центр, 2013. – 214 с.

159. Сонди, Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Л. Сонди ; пер. с нем. – Москва : Когито-Центр, 2005. – 557 с.

160. Спотниц, Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники / Хайман Спотниц. – Санкт-Петербург : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004. – 296 с.

161. Стяжкин, В. Д., Тарасевич, Л. А. Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных: ФГУ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Росздрава (СПб.) // Российский психиатрический журнал: научно-практический журнал. – 2006. – № 2. – С. 37-40.

162. Тиганов, А. С. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 27-76.

163. Тиганов, А. С. Шизофрения // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 407-554.

164. Ткаченко, А. А. Вероятностные выводы судебно-психиатрических экспертных исследований (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 48-53.

165. Ткаченко, А. А. Вероятностные выводы судебно-психиатрических экспертных исследований (сообщение 2) // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 58-65.

166. Трифонова, Е. А. Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным

диабетом (ИЗСД) : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. А. Трифонова. – Санкт-Петербург, 2005. – 180 с.

167. Тупицын, Ю. Я. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне : пособие для психологов и врачей / Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова. – Санкт-Петербург, 1998. – 70 с.

168. Усов, Г. М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. … д-ра психол. наук / Г. М. Усов. – Томск, 2008. – 47 с.

169. Усов, Г. М., Федорова, М. Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи: Учебное пособие для вузов (Серия «Образование»). – М.: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – 304 с.

170. Фрейд, А. К проблеме агрессии // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 90-103.

171. Фрейд, А. Связь агрессии и эмоционального развития: норма и патология // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 82-89.

172. Фрейд, З. Интерес к психоанализу : сборник / З. Фрейд ; пер. с нем. – Минск : ООО «Попурри», 2004. – 592 с.

173. Фрейд, З. По ту сторону принципа удовольствия : сборник / З. Фрейд ; пер. с нем. – Минск : Харвест, 2004. – 432 с.

174. Фрейд, З. Страх и жизнь влечений // Введение в психоанализ : лекции. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – Лекция 32. – С. 349-369.

175. Хайманн, П. Заметки о теории инстинктов жизни и смерти // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – Кн. 2. – С. 127-148.

176. Холмогорова, А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении : дис. … канд. психол. наук / А. Б. Холмогорова. – Москва : 1983. – 219 с.

177. Холмогорова, А. Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2. – С. 77-112.

178. Худякова Ю. Ю. Взаимосвязь мотивационных склонностей с проявлениями агрессивности у больных параноидной шизофренией // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2014. Т. XLVI. № 3. С. 99-103.

179. Худякова Ю. Ю. Деструктивность и границы у больных шизофренией // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 27. № 2. С. 219-226.

180. Худякова Ю. Ю. Особенности мотивационных склонностей и регуляции агрессивности больных параноидной шизофренией // Психология и психотехника. 2015. № 8. С. 832-838. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.8.16294

181. Худякова Ю. Ю., Реверчук И. В. Структура агрессивности и компенсаторные поведенческие тенденции у больных параноидной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии С. С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 10. С. 24-27.

182. Чапала, Т. В. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца : дис. канд. психол. наук : 19.00.04. – Самара, 2012. – 176 с.

183. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В. В. Зайцев, Т. А. Аристова. Г. В. Бурковский, Б. Г. Бутома, А. А. Чумаченко ; предисл. Н. Г. Незнанова. – Санкт-Петербург : Гиппократ+, 2004. – 336 с.

184. Шишков, С. Н. Исполнение принудительных мер медицинского характера // Законность. – 2007. – № 6. С. 2-6.

185. Шишков, С. Н. Правовые аспекты применения принудительных мер медицинского характера // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М. 1987.

186. Шостакович, Б. В. Основы судебной психиатрии. – М.: Изд-во ИДУГВ ВШЭ, 2005. – 224 с.

187. Шпиц, Р. Агрессия: ее роль в установлении объектных отношений // Психоаналитические концепции агрессивности : в 2 кн. / сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. – С. 188-206.

188. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br. J. Psych. – 2006. – Vol. 189. – P 373-378

189. Alfarnes S.A. Structured clinical risk assessment of violence. Project report from the Hospitals of Molde and Aker. - 2001

190. Blackburn, I. M. The pattern of hostility in affective illness / I. V. Blackburn // British Journal of Psychiatry. – 1974. – Vol. 125. – P. 141-145.

191. Ching-Yen Chen. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia / Ching-Yen Chen, Chia-Yin Liu, and Yong-Yi Yang // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2001. – Vol. 55. – P. 383-387.

192. Dollard, J. Frustration and aggression / J. Dollard, N. E. Miller, L. M. Doob, O. H. Mowrer, R. R. Sears. – New Haven : Yale University Press, 1939. – 209 p.

193. Free, N. K. Separation anxiety in panic disorder / N. K. Free, C. N. Winget, R. M. Whitman // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, № 4. – P. 595-599.

194. Garma, A. On the pathogenesis of peptic ulcer / A. Garma // International journal of psycho-analysis. – 1950. – Vol. 31. – P. 53-72.

195. Grann M., Laengstroem N., Yourstone J. SBU-report. Risk assessment of violence in psychiatry. Is it possible to make risk assessments? A methaanalyzis. Social Governmental Department, Sweden 2005

196. Green T., Batson A., Gudjonsson G. The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders // Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. -2011. – Vol. 22 – P. 252-265.

197. Hartmann, Heinz: The metapsychology of schizophrenia // Psychoanalytic Study of the Child. – New York, International Universities Press, 1953. – Vol. 8. – P. 177-198.

198. Hartvig P., Alfarnes S.A. et al. Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities //Nord J.Psychiatry. – 2006 – Vol 60. -243 p.

199. Hendrick, Ives. Ego defense and the mechanism of oral rejection in schizophrenia: psychoanalysis of a pre-psychotic case / I. Hendrick // Int. J. Psychoanal. – 1931. – Vol. 12. – P. 298-325.

200. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – Vol. 13. – P. 261-275.

201. Klein, Melanie: The importance of symbol-formation in the development of the ego / M. Klein // Int. J. Psychoanal. – 1930. – Vol. 11. – P. 24-39.

202. Miller, N. E. The Frustration-Aggression Hypothesis / N. E. Miller // Psychological review. – Washington, 1941. – Vol. 48. – P. 337-342.

203. Milton, J. Cases of aggressive behavior in first-episode psychosis / J. Milton // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 433-440.

204. Monagan J., Steadman H.J. Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders // Psychiatr Serv. - 2005. –V.56. –P.810-815

205. Mullen, P. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies / P. Mullen // Advances in Psychiatric Treatment. – 2006. – Vol. 12. – P. 239-248.

206. Mullin S. Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? And exploratory study with implications for rehabilitation // Legal and Criminological Psychology. - 2007. –V.12. – P.117-131

207. Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D.W. et l. Illness anagement and recovery: a review of the research // Pshychiatr Serv. -2002 – V.53. – P.1272-1284.

208. Nunberg, Herman: The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia / H. Nunberg // Practice and Theory of Psychoanalysis. – New-York : International Universities Press, 1948. – № 74.

209. Rosenfeld, Herbert A. Analysis of a schizophrenic state with de-personalization / H. A. Rosenfeld // Int. J. Psychoanal. – 1947. – Vol. 28. – P. 130-139.

210. Schalast N., Redies M., Collins M., Stacey J., Howells K. Essen CES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards // Criminal Behaviour and Mental Health. – 2008. – Vol. 18(1) – P.49-58

211. Spotnitz, Hyman: Adolescence and schizophrenia; problems in differentiation // S. Lorand, H. Schneer. Adolescents: Psychoanalytic Approach to Problems and Therapy. – New York : Paul Hoeber, 1961. – P. 19-50.

212. Suris A., Lind L., Emmet G., Borman P.D., Kashner M., Barrat E.S. Measures of aggressive behavior: Overview of clinical and researxh instruments // Aggression and Violent Behavior. -2003. – V.9. – P.165-227

213. Zilboorg, Gregory. The deeper layers of schizophrenic psychoses / G. Zilboorg // Amer. J. Psychiat. – 1931. – Vol. 88. – P. 493-611.

214. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. Assessing risk for violence. Simon Fraser University. – 1997

215. Whittington R., Hockenhull J.C. et all. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behavior // Health technology assessment. – 2013. – V.17.

ПРИЛОЖЕНИЕ

(клинические примеры)

Представлено четыре клинических примера. Первый пациент (мужчина) условно относится к группе больных шизофренией с **«низкой деструктивностью»**. Второй пациент (женщина) - к группе больных шизофренией **«с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными»**. Третий пациент (мужчина) - к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию»**. Четвертый пациент (женщина) **-** к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью»**.

Пример 1. Пациент, 27 лет, поступает впервые. Диагноз: «Параноидная шизофрения». Пациент холост. Проживает один. Образование высшее. Работает по специальности. Увлекается йогой, философией, психологией. Во время нахождения в больнице часто обращался за консультацией к психологу, охотно делился своими переживаниями, пытался понять себя и свои «необычные ощущения», предлагал собственные модели функционирования психики. Отмечал, что раньше у него были мысли, что он гомосексуалист, но потом понял, что это не так. После выписки принимал поддерживающую терапию, обращался за консультациями к психологу, пытаясь разобраться с собственными переживаниями, продолжал работать по специальности, сохранял прежние увлечения, был социально адаптирован.

Пациент условно относится к группе больных шизофренией с **«низкой деструктивностью»**. Для пациента характерен низкий уровень деструктивности по проективной методике (рис. 1.) и низкий уровень деструктивности по данным опросника (рис. 2). Кроме того, по данным методики Сонди он отличается недифференцированностью сексуального влечения, добродушием, мягкостью, общительностью, спонтанностью и непосредственностью поведения, амбициозностью, склонностью к расширению своего Я, к захвату власти посредством своих достоинств, к переоценке себя, стремлением к саморазвитию,

к доминированию в отношениях, стремлением к власти, чувством иерархического ранга.

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
					X		
X		X			X	X	X
X		X		X	X	X	X
X	X	X	X	X		X	X
X						X	X
X							X

Рисунок 1. .Результаты теста Сонди пациента из примера 1.

Личностный профиль пациента (Я-структурный тест Амона) представлен на рис 2. Профиль характеризуется преобладанием конструктивных составляющих Я-функций внутреннего Я-отграничения, внешнего Я-отграничения, агрессии, тревоги, нарциссизма. Отмечается недифференцированность в оценке особенностей собственной сексуальности.

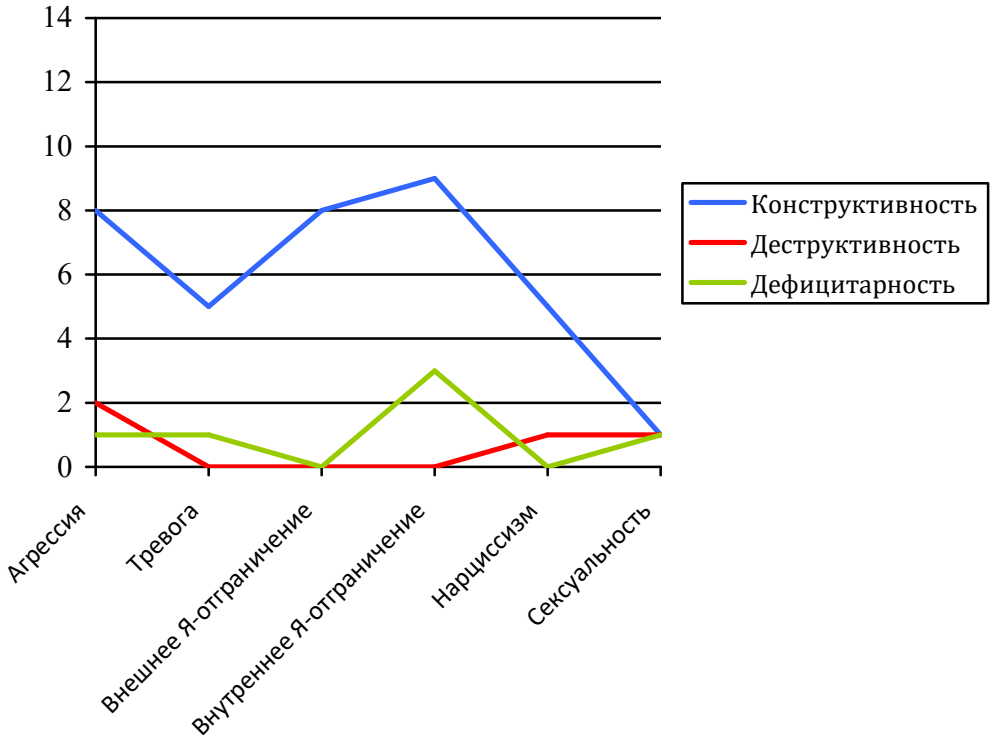


Рисунок 2. .Результаты Я-структурного теста Амона пациента из примера 1.

Таким образом, в представленном случае пациент социально адаптирован, на уровень адаптации пациента оказывают влияние следующие психологические факторы:

1) достаточно развитая конструктивная составляющая Я-функции внутреннего Я-отграничения, пациент ориентирован на самопонимание, активно стремится дифференцировать и упорядочить собственные переживания;
2) направленность на коммуникацию, установление и развитие межличностных отношений, способность к предметно-деловому общению;
3) стремление к расширению Я, к власти, к саморазвитию.

Пример 2. Пациентка, 54 года. Под наблюдением психиатров с 1985 года с диагнозом «Параноидная шизофрения, непрерывная, выраженный эмоционально-волевой, параноидный дефект». Образование высшее. Не работает. Имеет I группу инвалидности. Не замужем, проживает с родственниками. В клинической

картине преобладает галлюцинаторно-параноидная симптоматика. Считает себя женой одного из врачей-психиатров больницы, преследует его, раньше часто звонила к нему домой, узнала обо всех членах его семьи, официальную жену врача называет его сестрой. В беседу с психологом вступает активно, охотно делится своими переживаниями. Предъявляет жалобы на врача-психиатра, которого считает своим мужем, говорит, что за все время отношений он не подарил ей ни одного подарка, но так как «браки заключаются на небесах» они все равно должны быть вместе.

Пациентка условно относится к группе больных шизофренией **«с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными»**. Для пациентки характерен низкий уровень деструктивности по данным проективной методики (рис. 1.) и высокий уровень деструктивности по данным опросника (рис. 2).

Пациентка обладает дефицитарными внутренними границами Я, у нее недостаточно развита способность дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. При этом она общительна, коммуникабельна (преобладание конструктивной составляющей внешнего Я-отграничения), открыта в межличностных контактах, уверена в себе, вместе с тем она не всегда адекватно оценивает свои действия, у нее искажено восприятие других, склонна к построению аутистического мира, отгораживающего от реальных интерперсональных взаимодействий (преобладание конструктивной и деструктивной составляющей нарциссизма), склонна заменять реальные отношения фантазиями (преобладание дефицитарной составляющей сексуальности). У пациентки затруднена способность переносить определенный уровень тревоги, дифференцированно относиться к различным опасностям (высокие показатели деструктивной тревоги).

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
			X		X		
		X	X		X	X	
X	X	X	X		X	X	
X	X	X	X	X		X	X
		X	X	X			
				X			
				X			

Рисунок 3. .Результаты теста Сонди пациента из примера 2.

Личностный профиль пациентки (Я-структурный тест Аммона) представлен на рис 2.

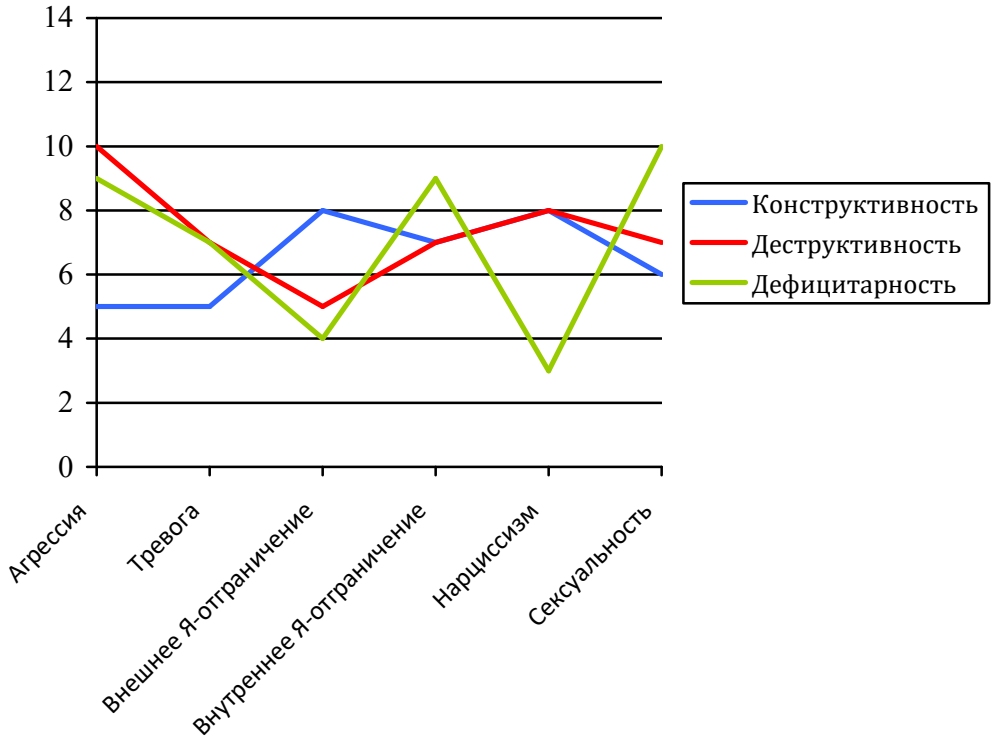


Рисунок 4. .Результаты Я-структурного теста Аммона пациента из примера 2

Таким образом, в представленном случае на социальную дезадаптацию пациентки оказывают влияние следующие психологические факторы:

1) недостаточно развитая конструктивная составляющая Я-функции внутреннего Я-отграничения, что проявляется слабой дифференцированностью восприятия и переживаний;
2) высокий уровень деструктивной тревоги;
3) высокий уровень деструктивной агрессии.

Пример 3. Сергей, 34 года. Холост. Образование высшее. Проживает с родителями. Не работает.

Сергей с детства рос замкнутым, малообщительным. В школе увлекался шахматами. Учился хорошо, окончил 11 классов, потом сразу же поступил в ВУЗ. На 4 курсе заметил, что «мозг охладился». Родители заметили, что Сергей стал очень раздражительным, с беспричинными приступами ярости. Затем (2002 год) пациент стал замечать за собой слежку со стороны соседей сверху. Считал, что находился в поле их видения через дырку в потолке, которую они сделали или

трещину, из-за чего приходил в ярость – бил кулаками по стене. На улице слышал обсуждения окружающих про себя, слышал смех. Госпитализирован в психиатрическую больницу.

Из беседы с отцом (запись врача): «отец странный в суждениях, сообщил, что «еще с детства он (отец) понял, что владеет гипнозом, но не развил, кое-что изучал». В быту на расстояние передает свои ощущения, порывы, жена их воспринимает. Очень откровенно, обнаженно говорит о чувствах с любовницей, которые «несет» домой и с женой добивается того же эффекта. Дает информацию о сыне, что осенью сын общался с асоциальными лицами, наркоманами, может они подсыпали ему наркотики в алкогольный напиток. Сын приходил домой в опьянении, а когда прервал с ними связь – началась ломка, то есть неправильное поведение с галлюцинациями, агрессией. Предполагает, что его «опустили», так как сын стал болезненно реагировать на имеющее для него значимость слова «гей», «Сер-гей», гей, просил не называть его Сер-геем, с ощущением, что его принимают за женщину».

В психическом статусе: «пациент ведет себя спокойно, контакта с окружающими не ищет. Охарактеризовал себя замкнутым с детства. На всем протяжении беседы звучит тема о плохом зрении. Постоянно говорит о перенапряжении мозга, винит себя, что увлекся методиками тренировки зрения. Больным себя считает «после санатория, тогда лечился от заболевания ЖКТ, почувствовал улучшение, однако с той поры люди начали говорить, оскорблять, следить». Особый упор делает на соседей наверху – 2 парня-близнеца, с которыми общается, после встречи начинают следить за каждым взглядом, движением, подмигнули уже, констатируют его действия, постоянно под чужим глазом». Считает, что есть дырка или трещина в потолке. Так же считает себя неполноценным из-за зрения.

Выставлен диагноз: Шизофрения, параноидная форма. Галлюцинаторно-параноидный синдром.

После выписки закончил ВУЗ, работал около двух лет. В 2005 г. уволился, состоит в ЦЗН. Состояние ухудшилось постепенно в последующие 3 месяца:

нарушился сон, возникли проблемы в общении, не мог, как раньше говорить с друзьями. Стал замечать, что на улицах люди знают о нем плохое, перешептываются, хихикают за спиной, из-за чего старался не выходить на улицу. За медицинской помощью обратился самостоятельно, госпитализирован.

После выписки продолжал посещать ЦЗН, трудоустроиться не мог. Обратился самостоятельно с жалобами на апатию, «ничего не хочется делать», плохое настроение, слабость, безысходность. Был госпитализирован в третий раз. Свои проблемы видел в следующем: «не мог смотреть мужчинам в глаза, дергало в присутствии мужчин, слышал мужские голоса соседей сверху, боялся, что могут убить». Оформлена вторая группа инвалидности.

После выписки посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию, несмотря на это, со слов отца, высказывал бредовые идеи отношения, преследования. Следующая госпитализация в 2009 году. Предъявлял жалобы на нарушение сна, приступы тревоги, страха, говорил о том, что «люди на улице знают о его болезни, подсмехаются над ним, перестал выходить из дома, так как считал, что на улице за ним следят, хотят убить.

После выписки ничем не занимался, периодически посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию по своему усмотрению. Следующее ухудшение с декабря 2010г. Замкнулся, перестал выходить на улицу, стал раздражительным. Слышал голоса соседей, которые обсуждали его, осуществляли слежку через спутник, ощущал угрозу со стороны родителей. По их поведению, жестам «замечал», что те, якобы что-то замышляют против него». Выписан в удовлетворительном состоянии.

После последней выписки ПНД посещал регулярно. Через некоторое время после выписки пациент отмечает появление тихих голосов (мужские и женские до 10 штук – голоса соседей). Голоса комментировали действия пациента и говорили, что «он - нормальный»; и пациента это не беспокоило. После выписки пациент вел, преимущественно, закрытый образ жизни, сидел дома, изредка выходил в подъезд «смотреть на девушек». Считал что общество и «мужики со двора» к нему относятся плохо, поэтому «надо смотреть по телевизору

музыкальные клипы по RU-tv (обязательно женщин) и отправлять за них СМС-сообщения – тогда «Культура общества повысится, и общество будет ко мне относиться лучше».

Летом 2012 года пациент выпил 1,5 литра пива и перестал принимать поддерживающую терапию (не может сказать из-за чего). После чего состояние ухудшилось – голоса приняли угрожающий, комментирующий характер, начали нецензурно оскорблять его, называли ненормальным. Пациент пытался биться головой об стену и, вместе с этим, старался делать всё «правильно» (аккуратно заправлять постель и т.д.) – только после этого голоса соседей начали называть его «нормальным». Утверждает, что всё это началось из-за пива и из-за того, что его прокляла бывшая девушка (и сделала его «голубым»). При этом пациент пил сладкую воду и говорил, что «она помогает ему настроить мозг на голоса соседей – только после того мозг начнет работать нормально». Голоса слышал больше днем. Всё это беспокоило пациента (в т.ч. что «соседи его терроризируют») – он сам обратился в ПНД, где был направлен на госпитализацию. После выписки хочет «записать диски с мужскими и женскими песнями, чтобы распространять их обществе, чтобы общество стало культурнее».

После выписки ПНД посещал регулярно, принимал поддерживающую терапию. Ухудшение состояния в течение 2 недель: появились голоса, оскорбляющего, угрожающего характера, снизилось настроение, стал высказывать мысли о нежелании жить. Говорит, что его девушка колдунья, что она его наколдовала, в связи с чем, он стал часто плакать «навзрыд». Говорит, что чувствует, что соседи ругают его за неправильное поведение, обзывают его по микрофону: «дебил, трансвестит, даун, еще похлеще слова». Госпитализирован.

Последняя госпитализация в 2014 году из токсикологического отделения, где находился на лечении с диагнозом: «Острое отравление смесью медикаментов». Дает крайне противоречивые сведения по факту отравления лекарствами. Сначала сказал, что перепутал в темноте препараты, затем утверждал, что поссорился с подружкой, расстроился и хотел успокоиться с помощью таблеток, затем сказал, что будто люди на него косо смотрят, была тревога.

Пациент условно относится к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию»**. Для пациента характерен высокий уровень напряженности влечения к деструкции (аутодеструкции) (рис. 5.). Кроме того, по данным методики Сонди он отличается мягкостью, пассивностью, склонностью по-женски отдаваться объекту влечения. В профиле отмечаются признаки инверсии цели влечения. В аффективной сфере: склонность к накоплению грубых аффектов (зависти, ревности, мстительности). В сфере Я: аутичное Я. В сфере контактов: незрелость, навязчивая амбивалентность в поисках.

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
X							
X			X	X		X	
X	X		X	X	X	X	X
	X	X	X		X	X	X
	X	X			X	X	X
	X						

Рисунок 5. .Результаты теста Сонди пациента из примера 3.

Личностный профиль пациента (Я-структурный тест Амона) представлен на рис 5. Профиль характеризуется недоразвитием Я-функций внутреннего Я-отграничения, внешнего Я-отграничения, тревоги. Пациент обладает дефицитарными внутренними и внешними границами Я. У него недостаточно развита способность различать внешнее и внутренне, дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. Вместе с тем обращает на себя внимание высокий показатель «конструктивная сексуальность» (самый высокий относительно всех других показателей), на фоне повышенного показателя «конструктивный нарциссизм» и дефицитарной личностной структуры. Пациент фиксирован на вопросах пола, стремится подчеркнуть собственную «нормальность», при этом обладает недостаточной дифференцированностью восприятия и переживаний.

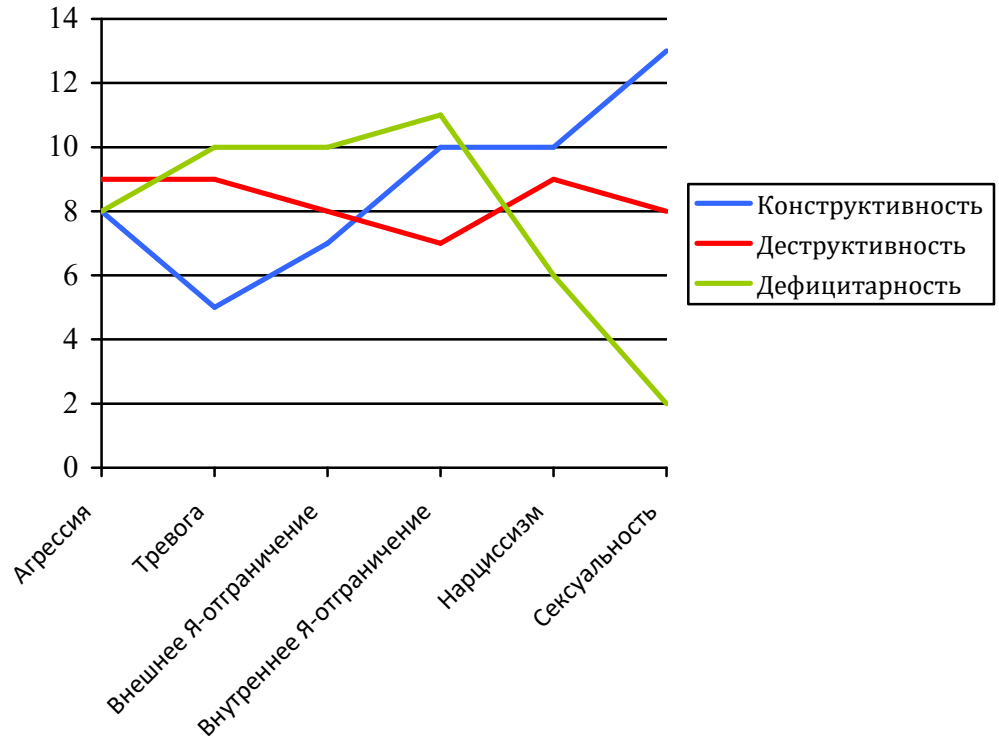


Рисунок 6. .Результаты Я-структурного теста Амона пациента из примера 3.

Таким образом, в представленном случае на уровень социальной дезадаптации пациента оказывают влияние следующие психологические факторы:

4) недоразвитие Я-функции конструктивного внутреннего Я-отграничения, недостаточная дифференцированность восприятия и переживаний;
5) низкий показатель «дефицитарная сексуальность», пациент фиксирован на вопросах пола, не способен переживания, связанные с собственной сексуальностью ни переработать, ни подавить.

Пример 4. Пациентка – женщина 1960 г.р. (54 года). Диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение, дисфренический синдром. Выраженный эмоционально-волевой дефект. Наблюдается психиатрами по поводу параноидной шизофрении с 17 лет.

Пациентка условно относится к группе больных шизофренией **«с высокой деструктивностью»**. Для пациентки характерен высокий уровень напряженности влечения к деструкции (по методике Сонди h0, s+!), высокий уровень деструктивности, сформированной в симбиозе (по данным катамнеза, беседы с пациенткой, из-за выраженных личностных изменений и нарушений мыслительной деятельности использование опросников было невозможным).

За последние годы (10 лет) причиной госпитализаций пациентки являлось агрессивное поведение по отношению к матери. Пациентка проживает с матерью вдвоем в коммунальной квартире.

Из историй болезни. Июнь 2008 года. *Стала агрессивной, накидывалась на мать. «Отец наш за матерью с топором бегал, я это помню с детства и так же себя веду».*

Декабрь 2008 года. *Стала агрессивной по отношению к матери. «Я же не железная! Она ко мне по пустякам придирается, бьет».*

Апрель 2010 года. *Агрессивна по отношению к матери, угрожает расправой, убийством.*

Сентябрь 2013 года. *Стала агрессивной по отношению к матери…В отделении рыдала, причитала, что после смерти матери останется никому не нужной. В отделении в разговорах окружающих слышала об их намерении убить ее мать, громко рыдала…Негативно отзывалась о матери, желала ей смерти: «Старая уже, надоела мне».*

Последняя госпитализация в ноябре 2014 года. Пациентка была агрессивна по отношению к матери. Ударила ее. Боялась, что мать собирается выгнать ее и сдавать ее комнату.

Из беседы с пациенткой:

— Почему Вы ударили мать?

— Мама хотела «скорую» вызвать. Она несколько раз пыталась к телефону подойти. Я боялась, что «скорую» вызовет. Если «скорая» приедет за мной, то все соседи радоваться будут, что я заболела, смеяться надо мной. Лучше своими ногами в больницу идти, чем на «скорой».

Самоописание пациентки. *Я не гордая, обидчивая, старательная. Меня трудно расстроить, маму легко разозлить.*

Описание пациентки матери. *С матерью очень хорошие отношения. Всегда меня кормила, одевала…Мама летом ягодами кормила, сама не ела…По характеру очень гордая, любит когда ее уважают, хвалят, унижаются перед ней. Если ее против шерсти, – то она обязательно отмстит.*

Воспоминания пациентки о взаимоотношениях с матерью.

Мама меня избивала летом. Говорила: «Я с тобой что захочу, то и сделаю, захочу – убью. Я ей говорю: «Тебя же посадят!». А она: «За дурака не посадят»...

...Мать говорила: «Она (пациентка) мне не подчиняется, поэтому я ее бью».

...Мать говорит: «Ты мне сдачи даешь, я тебя в дурдом отправлю. Я тебе дам, а мне ничего не будет». Врачи за мать заступаются, так как у нее медаль золотая (мать получила на работе).

....Как-то на огороде смотрю, мама с топором идет печку направлять. Я кричу: «Мама, не убивай меня!».

...По телевизору концерт был, люди с красными флагами ходили. Мама меня выгоняла: «Убирайся отсюда. Это мои флаги, я ними буду сама ходить. С флагами я буду ходить, а не ты». Я хочу с флагами ходить, мама хочет с флагами ходить…

…У меня сейчас климакс. Пять лет назад менструация была. А мама сказала: «Ты сколько лет жить собираешься? Ребенка еще хочешь родить?». Я испугалась, и менструация прекратилась. Сейчас если захочу забеременеть, то менструация снова начнется. Но зачем мне в таком возрасте ребенок? В любое время могу забеременеть, если дам.

Описание пациенткой отца. *Он унижался перед матерью, любил ее, на руках таскал, золото ей покупал…Отец - алкоголик…Умер - и не жалко…Алкоголик. Когда я была маленькая, он матери кричал: «Я тебя зарублю топором». А я маленькая лежу и думаю, то ли он матери голову отрежет, то ли мне. И я не знаю за кого заступаться, за отца или за мать»…Когда мне было 22 года, отец умер. Как меня обесчестили, через полгода отец умер.*

Для психодиагностического исследования была использована проективная методика Сонди. По данным методики у пациентки определяется преобладание агрессии, выраженная склонность к деструкции (h0,s+!), переполненность грубыми аффектами (ненависть, обида, мстительность), напряжение, вызванное их подавлением (e+_, hy+), дезинтеграция сферы Я (k0, p0), навязчивая амбивалентность в привязанности (d-, m+_).

Таким образом, в представленном случае на взаимоотношения пациентки с окружающими и уровень социальной дезадаптации оказывают влияние следующие психологические факторы:

1) Высокий эмоциональный компонент агрессии. Пациентка переполнена грубыми аффектами (ненавистью, обидой, мстительностью, не способна в достаточной степени их отреагировать, постоянно находится в состоянии напряжения. Агрессивное поведение выступает в роли разрядки эмоционального напряжения.

2) Низкий уровень конструктивного нарциссизма. В представлениях пациентки мать своими действиями принижает ее значимость (*Мама хотела «скорую» вызвать. Она несколько раз пыталась к телефону подойти. Я боялась, что «скорую» вызовет. Если «скорая» приедет за мной, то все соседи радоваться будут, что я заболела, смеяться надо мной. Лучше своими ногами в больницу идти, чем на «скорой» и т. д.*). Агрессия у пациентки выступает как одна из форм защиты «Я» и представляет собой основной способ решения проблем, связанных с контролем и сохранением чувства собственной ценности.

3) Низкий уровень конструктивной тревоги. Пациентка не способна в достаточной степени дифференцировать реальные угрозы и необоснованные страхи.

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Manuscript copyright

Bochkova Julia Yurievna

ROLE OF AGGRESSION IN INTERPERSONAL RELATIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

19.00.04 – medical psychology

Thesis

for the degree of the candidate of psychological sciences

Translation from Russian

Academic adviser:
Doctor of medical science,
Doctor of psychological science
Reverchuk I. V.

Izhevsk - 2020

CONTENT

INTRODUCTION……..…179
CHAPTER 1. THEORETICAL REVIEW OF DOMESTIC AND FOREIGN APPROACHES TO THE RESEARCH OF AGGRESSION ROLE IN INTERPERSONAL RELATIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA...…..188
1.2. Aggressiveness role in regulating interpersonal relations…...…..……188
1.2. Aggressiveness in mental and somatic disorders …….……..……...…...196
1.3. Aggression features in schizophrenia……...……..201
1.4.Aggression role in interpersonal relations in schizophrenia……204
CHAPTER 2. RESEARCH ORGANIZATION AND METHODS OF AGGRESSION FEATURES IN SCHIZOPHRENIA……..……...210
2.1. Research methods and methodology….…….……210
2.2. Sample description..……...213
CHAPTER 3. RESEARCHRESULTS OF AGGRESSION FEATURES IN INTERPERSONAL RELATIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.……218
3.1. Research results of aggression structure ……..…….....218
3.2. Results of psycho-diagnostics of aggressive behavioural tendencies and propensity to aggressive behaviour ……...…….……228
3.3. Results of psychodiagnostics of motivational sphere …….…….……..235
3.4. Research results of aggression implementation types……...……...……..…244
3.5. Aggression types of schizophrenic patients……..…….……....247
3.6. Relation of biological, social, and psychological characteristics and types of functioning of outer Egoboundary in groups of schizophrenic patients and healthy individuals with different destructiveness levels…….....255
3.7. Result discussion……...……279
3.8. Practical recommendations… …….……...285
SUMMARY….……288

CONCLUSION…….....290
LIST OF REFERENCES…….....297
APPENDIX……...320

INTRODUCTION

Research relevance. The research of the aggressiveness of schizophrenic patients has a great social significance (Voitenko P.M., 2002). Social maladaptation in schizophrenia, which leads to the disability of physically able-bodied persons, results in huge economic costs for society (Valinurov R.G. et al., 2003). The burden of schizophrenia includes such components as direct costs (medical, related to biopsychosocial treatment and rehabilitation provision in various conditions, and non-medical, relatedto professional patient care); indirect or social state, employer or patient family losses due to temporary or permanent disability (unemployment, disability) of the latter, lost state and family income due to the care of the patient's relatives, as well as such consequences of schizophrenia as homelessness, the load on law enforcement agencies and the judicial system, related to socially dangerous acts of patients (Lyubov E.B., 2012).

The experimental research of human aggression is connectedto certain difficulties: ethical restrictions and complexities of aggression mechanisms. It leads to the fact that most psychological studies of aggression have a forensic psychological orientation. At the same time, the aggressive behaviour is often studied through external evaluations, which reflects its social significance, but not theintrinsic motives.

A large number of psychological studies of aggression and patient aggressiveness with schizophrenia have a forensic psychological orientation. Besides, these studies are devoted to the problem of committing socially-dangerous acts (SDA) by patients (Solovyova S. L., 1996; Vasilieva N. V., 1998; Kudryavtsev I. A., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Sitkovskaya O. D., 1989; Kochenov M. M., 1991; Ratinov N. A., 2000, 2001; Safuanov F. S., 2002, 2003; Kalashnikova A. S., 2010; Bulygina V. G., 2015). At the same time, the deep psychological content of the psychological aggression phenomenon and its role in the dynamics of interpersonal relations in schizophrenia remains poorly studied. However, in psychological research, aggression is often the central theoretical construct through which psychotic disorders are considered. A

number of authors with psychodynamic direction note that patients with schizophrenia have an immaturity of mental structure that makes it difficult to protect themselves from their own destructive impulses (Nunberg H., 1921; Reik T., 1927; Rosenfeld H., 1947; Klein M., 1930,1946; Zilboorg G., I93I; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Bak R., 1954; Spotnitz H., 1961).

The problem of patient destructiveness with schizophrenia is also relevant in research within the framework of the comprehensive biopsychosocial approach. Nowadays, the aggressiveness belongs to the personality properties (Solovyova S. L., 1996).There are constructive (socialized), destructive (tendency to an object destruction, getting out of relationships) and deficient (inwardly directed to Ego structure) aggression (Ammon G., 1980; Solovyova S. L., 1996; Essays on dynamic psychiatry, 2003). Many authors note that patients with schizophrenia are characterized by high destructive and deficient components of aggression (Ammon G., 1980; Solovyova S. L., 1996; Essays of dynamic psychiatry, 2003). The pathological personality structure of schizophrenic patients complicates the socialization of aggressive tendencies (Solovyova S. L., 1996). It is assumed that the psychological correction of maladaptive forms of aggressive behaviour should be aimed at replacing destructive and deficient response options with socialized and constructive aggression forms (Ammon G., 1980; Solovyova S. L., 1996; Essays in dynamic psychiatry, 2003; Babin S. M., 2006). It is necessary to reduce the deficientaggression components in patients with schizophrenia, along with therapeutic research of experiences and behaviour with gradual acceptance and consolidation of their own positive activity as well asreduciblenessto tolerate frustration and aggression (Babin S. M., 2006).

It should be noted that the term «destructive aggression» carries not only a socially negative meaning, but also in some cases a socially positive meaning.The destructive aggression is showndue to the high constructive potential. It can also have an adaptive quality, which is realized in the form of self-defense against aggression from other people, a positive change in the life situation, a purpose achievement, a creation of new projects, an implementation of which requires rejection or overcoming of outdated dogmas (Essays of dynamic psychiatry, 2003).

In addition, the aggressiveness as an individual property plays a role in forming the individual boundaries with the external environment, contributes to the preservation of the individual integrity and autonomy, establishment of productive interpersonal contacts as well as adaptation to the surrounding world (Solovyova S. L., 1996). At the same time, the perception of one's own aggressiveness and its influence on productivity and the constructiveness of interpersonal relationships in patients with schizophrenia has not been studied.

Thus, further development of these scientific studies with the deepening and problem extension of patient destructiveness with schizophrenia, the research of perception by patients with schizophrenia of their own destructiveness and attitudes to it, the perception influence of their own destructiveness on the productivity of interpersonal interaction can be useful in psychocorrectional and psychotherapeutic practice. In this regard, the research relevance of problem of patient destructiveness with schizophrenia, its role in the process of interpersonal interaction is obvious.

The purpose of the research is to identify the role of aggressiveness in the interpersonal relationships of patients with schizophrenia.

The object of the research is the individual psychological characteristics of patients with schizophrenia.

The subject of the research is the role of aggression in interpersonal relationships of patients with schizophrenia.

Research hypotheses:

1. Patients with schizophrenia have difficulty with differentiating their own aggression in their experiences, thoughts, and behaviour.

2. While projecting their own aggression, patients with schizophrenia have an increased passivity anda tendency to formalize activities. Healthy individuals haveincreased self-injurious tendencies associated with guilt.

3. The constructiveness of interpersonal interaction with similar features of self-destructiveness in schizophrenic patients and healthy individuals is influenced by various factors: the functioning of innerlimits with schizophrenic patients, the features

of narcissism as a structural personal component with healthy individuals (holistic self-acceptance, positive self-image, realistic self-acceptance, a sense of self-importance).

In accordance with the purpose, the following **objectives** were formulated:

1. To conduct a theoretical analysis of approaches to the research of aggressiveness and destructiveness;

2. To research the aggressiveness structure (cognitive, emotional, behavioural components) in schizophrenic patients, taking into account the disease gender and course, and in mentally healthy individuals;

3. To research behavioural trends that increase the likelihood of aggression in behaviour, and the propensity to aggressive behaviour in patients with schizophrenia, taking into account the disease gender and course, and in mentally healthy individuals;

4. To research the characteristics of motivational inclinations and the regulation of aggressiveness at the motivational level in patients with schizophrenia, taking into account the disease gender and course, and in mentally healthy individuals;

5. To research the forms of aggression realization (constructive, destructive, deficient) in patients with schizophrenia, taking into account the disease gender and course, and in mentally healthy individuals;

6. To research the types of aggression implementation;

7. To determine the relationship of biological, psychological and social characteristics with the constructive functioning of interpersonal boundaries in groups of schizophrenic patients and in groups of mentally healthy individuals with different destructiveness levels;

8. To identify targets of psychocorrectional effects in schizophrenia.

Theoretical and methodological research bases:

3) biopsychosocial model of mental pathology (Kotsyubinsky A. P., 2002; Kabanov M. M., 2003; Neznanov N. G., 2003);
4) dynamic psychiatry concept of Ammon G. (1980);

Research methods:

1) clinical and psychological (a conversation aimed at collecting psychological anamnesis and identifying biosocial characteristics of patients, as well as assessment of their current mental status);

2) psychometrical (Buss-Perry questionnaire, Hand test, Szondi test, Ego structural test of Ammon);

3) mathematical and statistical. The obtained results were subjected to computer processing (SPSS 11.0.1) using mathematical statistics. Mann-Whitney U-test (for analyzing differences in mid-values), Spearman's rank correlation coefficient, Pearson correlation coefficient, regression analysis, hierarchical cluster analysis, and K-means cluster analysis were used.

Defense provisions:

1. A distinctive feature of patients with schizophrenia is the low consistency of the cognitive, emotional and behavioral aggression components. For patients with schizophrenia with a disease course of more than five years, a low differentiation of the aggression components is characteristic. It is difficult for men with a long disease course to differentiate their own aggression in their experiences and thoughts.Women with a long disease course have difficulty to differentiate their experiences and behaviour.

2. While projecting their own aggression, patients with schizophrenia have an increased passivity anda tendency to formalize activities. Healthy individuals haveincreased self-injurious tendencies associated with guilt.

3. The constructiveness of interpersonal interaction with similar features of self-destructiveness in schizophrenic patients and healthy individuals is influenced by various factors: the functioning of innerlimits with schizophrenic patients, the features of narcissism as a structural personal component with healthy individuals (holistic self-acceptance, positive self-image, realistic self-acceptance, a sense of self-importance). For patients with schizophrenia with a low destructiveness level, a focus on interpersonal interaction and the formation of communication skills are the most important factors for the formation of constructive interpersonal boundaries. For patients with schizophrenia with low destructiveness, who see themselves as

destructive, the most important factors for the formation of constructive interpersonal boundaries are the level of development of the basic functions of the personality structure and the desire presence to preserve symbiotic relationships. For patients with schizophrenia with high destructiveness and low ability to accept it, the most important factors for the formation of constructive interpersonal boundaries is the level of development of the inner Ego-boundary, reflecting the ability to regulate the drive needs. For patients with schizophrenia with a high level of destructiveness, there is the ability to discharge emotional stress.

The samplewas consisted of 203 research subjects from 18 to 64 years old. The experimental groups were consisted of 102 patients with paranoid schizophrenia (40 men and 62 women) from 18 to 64 years old, who are on inpatient treatment in BUDGET INSTITUTION OF HEALTH CARE AND FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATIONS OF THE UDMURT REPUBLIC «REPUBLICAN CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE UDMURT REPUBLIC».The criteria for inclusion of patients in hospital treatment in the research were: the presence of paranoid schizophrenia as the main clinical diagnosis (F-20.006 according to ICD-10). Patients were examined in a remission state (medicamental remission). The criteria for exclusion of patients from the research were: nosological ambiguity in the psychiatric diagnosis, the presence of clinically and clinically psychologically detectable signs of psychotic disorganization of the research subject mental activity and refusal from the research.

The comparison was made with control groups of mentally healthy individuals, which included 101 people (41 men and 60 women) from 18 to 64 years old (the average age is 32 years), who do not suffer from mental and neurological disorders.

Research novelty. The aggression components (cognitive, behavioural, emotional) in patients with schizophrenia were studied, taking into account the disease gender and course in comparison with the indicators of mentally healthy individuals.

The features of destructive drive regulation in schizophrenic patients and in mentally healthy individuals were studied.

New data were obtained on the aggression forms (constructive, destructive and deficient), depending on the biopsychosocial characteristics.

For the first time the research of the relationship between destructiveness and interpersonal boundaries in patients with schizophrenia in comparison with the same indicators in mental health conditions was conducted.

The role of self-destructiveness acceptance in the functioning of interpersonal boundaries of schizophrenic patients is studied for the first time.

For the first time, it was revealed that schizophrenic patients and mentally healthy individuals with low destructiveness levels (with low destructiveness, who see themselves destructive/high-destructiveness and with low capacity for its adoption/ high destructiveness), the constructive functioning of interpersonal boundaries is due to various factors.

The psychological characteristics of patients with schizophrenia that are most important for the formation of constructive interpersonal boundaries have been revealed. For patients with schizophrenia with a low destructiveness level,the degree of focus on interpersonal interaction and the formation of communication skills are the most important psychological characteristics for the formation of constructive interpersonal boundaries. For patients with schizophrenia with low destructiveness, who see themselves as destructive, the level of development of the basic functions of the personal structure, the desire presence to preserve symbiotic relationships are the most important psychological characteristics for the formation of constructive interpersonal boundaries. For patients with schizophrenia with high destructiveness and low ability to accept it, the level of development of the inner Egoboundary, reflecting the ability to regulate the drive needs, the most important psychological characteristics for the formation of constructive interpersonal boundaries. For a group with a high level of destructiveness, there are the ability to discharge emotional stress.

The practical recommendations for psychocorrective work with patients with schizophrenia have been developed.

Theoretical research significance. The idea of schizophrenia as a polyetiological disease, which is influenced by biological, psychological and social

factors, is confirmed. The results of the research expand modern scientific ideas about the individual psychological characteristics of patients with schizophrenia, changes in their personality, adaptive and compensatory reactions aimed at maintaining optimal dynamic balance between the body and the environment, which is an important contribution to understanding the role of psychological factors in the development and course of schizophrenia. The concepts of aggressiveness in schizophrenia are supplemented.

Practicalresearch significance. The research results can serve as a scientific basis for the development of psychocorrection and psychotherapy measures for patients with schizophrenia.

The research results can be used to develop the prevention of gender-oriented psychological intervention programmes aimed at preventing aggressive and self-injurious behaviour of patients with schizophrenia.

The theoretical and practical research material can be used in educational programs of Universities in the disciplines of «medical psychology», «psychiatry», «psychotherapy», «aggression psychology».

Research stages. The first stage is theoretical and research (2012 -2013). The analysis of domestic and foreign scientific literature, dissertations on the research topic was carried out. As a result, the problem and hypothesis of the research were formulated, and the research program was developed.

The second stage is experimental (2013-2019). The collection of empirical material was carried out. The results of the experimental research were analyzed and summarized.

The validity and reliability of the researchresults is provided by a theoretical-methodological substantiation of empirical research, asample representativeness, a versatile analysis of the literature on the research subject, a choice of methods adequate to the research purposes and objectives, using a well-known in clinical practice psycho-diagnostic tools, a combination of quantitative and qualitative analysis of the obtained results, the choice of adequate statistical methods of data processing.

Approbation and implementation of research results. The main provisions of the research were reported at the meetings of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of «Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia».

The thesis materials are reflected in 23 published scientific works, including 4 articles in peer-reviewed scientific journals recommended by Higher attestation Commission under the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for publishing the main results of thesis research.

CHAPTER 1. THEORETICAL REVIEW OF DOMESTIC AND FOREIGN APPROACHES TO THE RESEARCH OF AGGRESSION ROLE IN INTERPERSONAL RELATIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

1.1. Aggressiveness role in regulating interpersonal relations

The problem of aggression, aggressiveness and aggressive behaviour of a person is developed by researchers of various sciences: psychology, pedagogy, psychiatry, sociology, criminology, anthropology, biology, ethology, etc.

The research of aggression, aggressiveness and aggressive behaviour in Russian psychology involved: N. D. Levitov, 1972; L. M. Semenyuk, 1996, A.A. Ratinova, 1989; O.D. Sitkovskaya, 1989; A. A. Rean, 1996; S.L. Solovyova, 1996; N. V. Vasiliev, 1998; S. N. Enikolopov, 2010. In foreign psychological science there are Z. Freud, 1920; D. Dollard, 1939; N. Miller, 1941; A. Freud, 1949; D. Winnicott, 1950, 1955; P. Hymann, 1952; M. Balint, 1952; G. Sullivan, 1953; R. Spitz, 1953; A. Bass 1957; A Bandura, 1973, 1983; M. Mahler, 1981; L. Berkovits, 1983; R. Baron, D. Richardson. 2001 and others.

It is important to pay attention for some definitions of aggressiveness. Aggression, according to K.K. Platonov (1986), is a mental phenomenon expressed in the desire for violent acts in interpersonal relationships (Platonov K.K., 1986).

A. A. Ratinov and O. D. Sitkovskaya (1989) said that aggressiveness is a kind of positional orientation of the person, whose characteristic features are the presence of destructive tendencies and the choice of mainly violent means to achieve their purpose (Ratinov A. R., Sitkovskaya O. D., 1989).

P. A. Kovalev (1996) defines aggressiveness as a stable set of personal qualities that contributes to the coincidence of the need and purpose of violent behaviour (Kovalev P. A., 1996).

According to A. A. Rean (1996), aggressiveness is a readiness for aggressive actions against another, which ensures the readiness of the individual to perceive and interpret the behaviour of another in an appropriate way (Rean A. A., 1996).

According to S. N. Enikolopov (2010), aggression is understood as a complex psychological education that determines, directs and ensures the implementation of aggressive behaviour (Enikolopov S. N., 2010). By complexity, the author understands the inclusion of interrelated elements of the emotional-volitional and value-normative sphere.

S. L. Solovyova (1996) considers aggressiveness as a systemic socio-psychological property of personality, consisting in a tendency to commit aggressive action,which is formed in the process of socialization under the influence of specific social influences, such as upbringing and social surrounding, where biological factors have the effects indirectly by acting as a «soil» for the development of formative aggressive psychological characteristics, and characterized by specific structural-functional organization (Solovyova, S. L., 1996). According to the author, the inner structure of aggressiveness includes cognitive, emotional and volitional processes.

Aggressiveness and aggressive behaviour are formed in the process of socialization. It is clearly in the context of interpersonal interaction (Ratinov A. R., Sitkovskaya O. D., 1989; Rean A. A., 1996; Solovyova S. L., 1996). Aggression is carried out in the context of the structure of the social hierarchy, contributes to the maintenance of dominant-subordinate relations (Lorenz K., 1964; Rumyantseva T. G., 1982; Semenyuk L. M., 1996; Solovyova S. L., 1998).

K. Lorenz (1964, 1966) understands aggression as a fighting instinct directed against fellow species in animals and humans, which serves to preserve the species. The author identifies the following functions of aggressive behaviour: distribution of animals in the living space, selection of the strongest and protection of offspring. Aggression is regulated by hierarchy, suppression and ritual. When the aggression level of a species increases, the instinctive taboo on intraspecific aggressive behaviour increases.

Yu. M. Plyusnin (1991) considers aggressiveness as a specific type of biosocial activity aimed at other individuals and connected with the personalization of space and the appropriation of resources.

N. D. Levitov (1972) emphasized the difference between aggressive behaviour of animals and humans. Aggressive behaviour of animals remains within the framework of purely biological laws, while aggressive behaviour of a group of people or a particular person is determined by social, social and historical conditions.

T. G. Rumyantseva (1982) believes that aggressive behavior is carried out in the context of social interaction. According to the author in defining behaviour as aggressive the crucial place should belong to the norm concept. The norms form a kind of control mechanism over the designation of certain actions. When these norms are met, the perceived behaviour will not be considered aggressive, regardless of the degree of harmfulness of the consequences of such behaviour. And othervise, if the standards are violated, the behaviour is labeled as aggression (Rumyantseva T. G., 1982).

The concept «norm» is also reflected in the definition of aggressive behaviour by L. M. Semenyuk, who understands it as purposefully destructive behaviour that contradicts the rules and norms of human existence in society, harming animate or inanimate objects of attack, causing physical damage to individuals and causing them mental discomfort (Semenyuk L. M., 1996).

According to S. N. Enikolopov, while defining the concept «aggression», it is necessary to take into account the social context of aggressive behaviour associated with violation of social norms (Enikolopov S. N., 2010).

Aggressiveness promotes adaptation to the surrounding world. It has an active-adaptive character. In the framework of the adaptive approach, aggression is considered as a tool for achieving the purpose, necessary in the conditions of adaptation to the external world (D. Dollard, 1939; N. Miller, 1948; L. Berkowitz, 1983). G. Ammon (1970) considers aggression as the level of activity of an individual's attitude to the world around him, which determines the purposefulness and expediency of mental activity. Aggression provides the ability to contact, form and hold goals. It also

represents the overall potential of activity that a person has for solving problems of adaptation and maintaining identity.

Aggressiveness plays a role in shaping the boundaries of the individual with the external environment. It helps to preserve the integrity and autonomy of the individual. The researchers of the psychodynamic approach described the role of aggression in the development of relations with the object. The fixations at various stages of development create its own mechanisms for implementing aggression and relationships with the object (Abraham K., 2007). G. Nunberg (1955) examined the relationship between destructive attraction and the phases of libido organizations (Psychoanalytic Concepts of Aggression, 2004). The destruction of an incorporated object, ambivalence is characteristic of the oral stage. The purpose of aggression is to protect against irritants. At the anal stage, each libidinal desire is accompanied by aggression and the desire for destruction as well asthe desire to capture an object. At the phallic stage, the aggressive elements are connected with exhibitionist tendencies. The accompanying purpose is to attraction and, as a result, mastery of the object.

R. Spitz (1953) showed in his works that aggression plays a role in the establishment of object relations and in the formation of Ego, Non-Ego boundary and subject-object boundary (Psychoanalytic concepts of aggressiveness, 2004).

D. Winnicott (1950-1955) considered aggressiveness as one of the components of the differentiation of subjectivity and objectivity in a child (Psychoanalytic concepts of aggressiveness, 2004).

According to G. Ammon (1970), aggression performs the function of regulating the processes of interpersonal interaction. When the child's relationships in the primary group are violated, due to an early ban on realizing the potential of activity, searching for an object, and playing with it, there is an underdevelopment of the aggression function. The child gradually loses the desire for autonomy and getting out of symbiosis.

According to S. N. Enikolopov (2010), aggression can act as a form of Ego defense and represent the main way to solve problems related to the control and preservation of a sense of self-worth (Enikolopov S. N., 2010).

Depending on the holistic mental context, relationships with other components of the personality, the property of aggressiveness acquires a different meaning, forming in one case a socially positive behavior. In the other case it is transformed into a destructive, delinquent and criminal behaviour (Solovyova, S. L., 1996).

A constructive, destructive and deficient variant of aggression realization is distinguished. For healthy individuals, the constructive version of aggression is predominant. Constructive aggression is described as an active, active approach to life, curiosity, the ability to establish productive interpersonal contacts and maintain it, despite possible contradictions. It is also described as the ability to form their own life purposes and objectives and implement it, to have and defend their ideas, opinions, points of view, to enter into constructive discussions, the presence of a developed empathic ability and a wide range of interests (Ego structural test of Ammon, 1998).

Destructive aggression is shown in destruction directed against oneself or others, the actual situational inadequacy of aggression, a tendency to destroy contacts and relationships, destructive acts, a tendency to depreciate other people and interpersonal relationships, suicidal tendencies, social neglect and tendencies to self-harm.

Deficient aggression is shown in the inability to establish interpersonal contacts, reduction of the subject activity, narrowing the range of interests, avoiding any confrontations, conflicts, discussions and situations of rivalry, the inability to take any responsibility and make decisions, and the difficulty of being able to express the emotions, feelings and experiences.

It is necessary to consider in more detail the phenomenon of destructive aggression. While studying destructiveness, a number of authors emphasize biological predisposition (Lombroso Ch., 1876; E. Huton, 1946; U. Sheldon, 1954). Ch. Lombroso (1876) went down in history as the author of the theory of the biological predisposition of a number of people to commit crimes. This theory laid the foundations of modern criminal anthropology and criminal psychology (Lombroso Ch., 2005). Based on the theory of Ch. Lombroso, anthropologist E. Huton (1946) developed the forensic method of «body model». Anthropologist W. Sheldon (1954) formulated the theory of

somatotypes on the basis of which he compiled a «crime index» associated with anthropometric features.

A number of researchers understand aggression as an instinct (Lorenz K., 1964; Plyusnin Yu. M., 1991). According eo K. Lorentz (1964, 1966), the source of aggression is inside the body. Aggression is the instinct of struggle directed against fellow species in animals and humans, which serves to preserve the species. Therefore, aggression as a property of behaviour has an innate, instinctive nature in all higher animals. Aggressive energy is generated in the body spontaneously, continuously, regularly accumulating over time. Aggressive actions or aggressive behaviour is a joint function of the amount of accumulated aggressive energy and the presence and strength of special stimuli facilitating the discharge of aggression in the immediate environment. Yu. M. Plyusnin (1991) pointed out that aggressive behaviour is associated with the retention by an individual of the resources necessary for life support.

Some authors consider destructiveness as an attraction (Freud Z., 1920; Freud A., 1949; Abraham C., 1916; Nunberg G., 1955). Z. Freud (1920, 1933) singled out sexual attraction and destructive attraction (Freud Z., 2004). Drive has tension, purpose, object and source. The source of drive is an objective process in any organ or part of the body. The purpose is satisfaction, which is achieved by destroying the state of irritation in the drive source. The purpose of sexual drive is to connect with an object. The purpose of the destructive drive is to destroy the object and to separate and become independent of the object. Aggressive drive together with sexual one, opens the way to the object, the libido begins to strive for the object. Without adding aggression, sexual impulses are unable to achieve any purpose. The types of aggression transformation are turning into the opposite, turning to one's own, displacement, sublimation, purpose restriction, displacement and influence of libido.

The concept of aggression is also introduced by A. Freud (1949) to describe and explain the ontogenesis of the child (Psychoanalytic concepts of aggression, 2004). In a child growing up, destructive and libidinous impulses mix and interact. The mental representations of the destructive and sexual drive remain unconnected until Ego reaches a relatively high stage of development, as evidenced by the presence of mental

conflicts and feelings of guilt as its result. For normal development, it is characteristic that during the first year of life, aggressive impulses should be redirected from the child's body to live or inanimate objects of the surrounding world. In later stages of development, aggression is included in the Super-Ego and directed at Ego. In pathological manifestations, these drives cannot find an adequate dynamic balance, since there is a retardation in emotional development.

Aggressive behaviour is understood as the result of frustration (Dollard D., 1939; Miller N., 1948; Berkovits L., 1983). Dollard D. (1939) believed that aggression is the result of frustration, frustration always leads to aggression in some form. Aggression is understood as an action, the purpose of which is damage to another organism, or its substitute (Dollard J., 1939). Under frustration, blocking or obstructing any targeted behaviour. According to the author, frustration does not directly cause aggression. The level of intention depends on the action of three factors: the degree of satisfaction expected by the subject from the future expectation of the purpose, the strength of the obstacle to achieving the purpose, and the number of successive frustrations.

Frustration theory has been criticized for simplifying the understanding of aggression mechanisms. It was noted that not all individuals have an aggressive reaction to frustration, and not all aggression has an obvious frustrating origin. The frustration theory was modified mainly by including intermediate variables in the «stimulus-response» scheme. N. Miller (1948) proposed a model that explains the appearance of «displaced aggression», when individuals show aggression not in relation to the frustrations, but in relation to other people. According to the author, the choice of an object of aggression is determined by three factors: the force of the urge to aggression, the force of factors that inhibit this behaviour, and the incentive similarity of each potential object of aggression with a frustrating factor (Miller N.E., 1941).

As a result of the modification of the theory, L. Berkowitz (1983) introduced the concept of symbolic action, replaced «damage to the body» as the ultimate purpose of aggression with the harm concept. The author defined aggression as physical or symbolic behavior motivated by the intention to harm another (L. Berkowitz, 1983). According to the author, frustration is one of many different aversive stimuli that can

only provoke aggressive reactions, but do not lead to aggressive behaviour in a direct way. Frustration or other aggressive stimuli (pain, unpleasant odors, heat) provoke aggressive reactions by forming a negative effect. For example, if a person interprets unpleasant emotional experiences as anger, then most likely he/she will have aggressive tendencies. If a person evaluates a negative state as fear, then he/she will have a desire to flee.

A number of researchers understand aggression as a fixed behavioral pattern (Bandura A., Walters R., 1973; Baron R., Richardson D., 1999). Aggression as a model of social behaviour is formed in vivo in the learning process under the action of a system of rewards and punishments.

A. Bandura, R. Walters (1973) defined aggression as behaviour aimed at causing harm. According to the authors, aggression is formed with the participation of biological factors (hormonal background, nervous system), through learning (direct experience, observation). Aggression is provoked by the influence of patterns (excitement, attention), inappropriate treatment (attacks, frustration), incentive motives (money, vanity), instructions (orders), eccentric beliefs (overvalued ideas). Aggression is regulated by external rewards and punishments (material rewards), vicarious reinforcement (observing how others are encouraged and punished), and self-regulation mechanisms (pride, guilt).

R. Baron, D. Richardson (1999) considered aggression as any form of behaviour aimed at insulting or harming another living creature who does not want such treatment (Baron R., Richardson D., 1999). According to some researchers, this definition limits the scope of the research of aggression, since it leaves behind such psychological phenomena as various forms of self-aggression, masochism, etc. (Enikolopov S.N., 2010).

G. Ammon (1970) understood destructive aggression as a reactive reorganization of initially constructive aggression due to special adverse conditions within symbiosis and the primary group (Ego structural test of Ammon, 1998).

N. V. Vasilyeva (1998) investigated individual typological properties of an individual that indicate an increased risk of destructive heteroagression. The hysterical

characterological type or hysterical radical in the combined type of character increases the likelihood of an individual's criminal behaviour. Individuals with an epileptoid type of character have a high aggressive potential. Cold cruelty of a socially dangerous act is characteristic when a combination of epileptoid features with schizoid.

A. A. Ratinov and O. D. Sitkovskaya (1989) believe that the violation of the value-normative orientations of an individual influence the implementation of destructive aggressive behaviour (A. Ratinov, R. Sitkovskaya, 1989).

According to the research of S. L. Solovyova (1996), the general non-specific factors of the formation of destructive aggressiveness include such psychological characteristics as egocentrism, low level of empathy, difficulties in social relationships (Solovyova, S. L., 1996)

Thus, aggressiveness as a property of personality is formed in the process of socialization. It is shown in the context of interpersonal interaction. Aggressiveness plays a role in shaping the boundaries of the individual with the external environment, contributes to the preservation of the integrity and autonomy of the individual. There are constructive (socialized), destructive (tendency to an object destruction, getting out of relationships) and deficient (inwardly directed to Ego structure). While studying destructiveness, a number of authors emphasize the biological predisposition of individuals. Destructiveness is associated with the action of instinct and drive. The social factors forming destructiveness are investigated. The term «destructive aggression» carries not only a socially negative meaning, but in some cases a socially positive meaning. It is shown in high constructive potential, destructive aggression can also have an adaptive quality, realized in the form of self-defense against aggression by other people, a positive change in life situation.

1.2. Aggressiveness in mental and somatic disorders

Nowadays, there are a large number of aggressiveness studies in patients with mental and somatic disorders. A sufficiently large number of aggressiveness studies of mentally ill people have a forensic psychological focus. It is devoted to the problem of committing socially dangerous acts (SDA) by mentally ill people.

In the research of Vasilyeva N.V. (1998), destructive heteroagression, that is, socially dangerous forms of aggressive behaviour, mainly in the form of crimes against the individual, was investigated.It was found that patients with different variants of the psycho-organic syndrome possess the highest criminogenicity from patients with mental illnesses (Vasilieva N.V., 1998).

In modern studies, the concept «potential social danger» of mentally ill people is being developed (Belov V.P., 1981; Kotov V.P., 1989, 2001, 2012; Bobrova I.N., 1990; Zharikov N.M., 1995; Pechernikova T.P., 2005; Kondratiev V.F., 1986, 2002, 2004, 2006,Polubinskaya S.V., 2008; Shishkov S.N. 1987, 2007). In foreign studies, the term «risk of violence» is an analogue of the concept «potential public danger» (Webster C., 1997; Alfarnes SA 2001; Mueser K. T., 2002; Suris A., 2003; Grann M., 2005; Monahan J., 2005; Hartvig P., 2006; Mullin S., 2007; Schalast N., 2008; Green T., 2011; Whittington R., 2013).

The measures are being taken to prevent SDA of mentally ill people (Belyaev V.P., 1976; Immerman K.L., 1987; Kotov V.P., 1989, 2010, 2012, 2013; Bobrova I.N., 1990; Vandysh-Bubko V. V., 2001, 2006; Kazakovtsev B.A., 2005, 2011,2012; Styazhkin V.D., 2006; Polubinskaya S.V., 2008; Usov G.M., 2008; Makushkina O.A., 2012 , 2013, 2014; Bulygina V.G., 2013).

An urgent scientific problem is the determination of the probability degree at which a person poses a public danger (Shishkov S.N., 1987, 2007; Kudryavtsev I.A., 1988; Kotov V.P., 1989; Kazakovtsev B.A., 2001; Usov G.M., 2004, 2006; Shostakovich B.V., 2005; Kondratiev F.V., 2006; Tkachenko A.A., 2006; Dmitriev A.S., 2007, 2009; Vvedensky G.E., 2011; Kotov V.P., 2012; Korzun D.N., 2013; Bulygina V.G., 2013; Makushkina O.A., 2013).

The clinical and demographic and socio-psychological risk factors for committing socially dangerous actions are investigated. The psychopathological syndrome has the

greatest influence on the risk of SDA (Morozov G.V., 2002; Maltseva M.M. 2005; Dmitrieva T. B., 2003; Grigoriev I.S., 2013).It is proved that the probability of committing a new SDA is higher for people with mental disorders who do not work, do not receive pensions, in the absence of a family, household disorder, a certain place of residence (Kotov V.P., 2012; Makushkina O.A., 2014, 2015; Addington J., 2006).

The basic psychopathological mechanisms of SDAcommitting are described (Maltseva M.M., Kotov V.P., 1995). M. M. Maltseva and V. P. Kotov, depending on the predominance of one or another syndrome complex, distinguish productive-psychotic and negative-personal mechanisms of SDA.

Nowadays, it is generally accepted that the psychopathological state does not completely predetermine the committing of SDA. The concept «public danger» of mentally ill people is a complex problem that requires consideration and analysis of various factors: clinical and psychopathological, social, criminological, psychological (Bulygina V. G., 2015).

In psychological studies, whilethe risk assessment of repeated SDA, the researchers attach great importance to the characteristics of behavioural self-regulation, mediation, which is a product of the regulatory process (Kudryavtsev I.A., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Sitkovskaya O.D. 1989; Kochenov M.M., 1991; Ratinov N.A., 2000, 2001; Safuanov F.S., 2002, 2003; Dozortseva E.G., 2004). The psychological concepts of criminal aggression (Dozortseva E.G., 2004; Kudryavtsev I.A., 1988, 2007, 2011; Ratinova N.A., 2000, 2001; Safuanov F.S., 2003; Kalashnikova A.S., 2010), issues of a comprehensive forensic psychological and psychiatric examination (Kudryavtsev I.A., 1988; Dozortseva E.G., 1988, 1998; Safuanov F.S., 1998, 2011) were developed.

F. S. Safuanov highlighted the psychological mechanisms of aggressive criminal actions: 1. Direct implementation of aggressive motives. 2. Aggression due to intoxication. 3. Aggression as a result of unconscious partial identification with subjectively significant authority. 4. Aggression due to personal and intellectual immaturity. 5. Instrumental aggression. 6. Delayed aggression. 7. Situational

aggression. 8. Aggression in the structure of emotional arousal. 9. Aggression as a discharge of emotional stress. 10. Aggression connected with decompensation.

The psychological concept for the prevention of SDAfor people with severe mental disorders has been created (Bulygina V.G., 2015). In a research by V. G. Bulygina, it was revealed that all psychosocial interventions in relation to persons with severe mental disorders who have committed SDA should be aimed at increasing their cognitive, emotional, communicative and social competence. In secondary prevention, the correction is primarily subject to the peculiarities of the implementation of actions and operations, formed maladaptive and criminogenic behavioral stereotypes (Bulygina V. G., 2015). According to the author, it is advisable to take into account the protective factors that deter aggression.

Other studies of aggression in patients with mental and somatic disorders focus on the problem of rehabilitation and social adaptation of patients. The subject of the research is often aggressiveness as a psychological factor affecting the development of the clinical dynamics of mental and somatic disorders (Merkuryeva A., 2001; Essays on Dynamic Psychiatry, 2003; Anosova Yu. V., 2005; Savchikova Yu. L., 2005; Trifonova E.A., 2005; Mikhailova T.V., 2006; Kazakova I.A., 2009; Garanyan N.G., 2010; Ragozinskaya V.G., 2010; Chapala T.V., 2012).

The patients with epilepsy are characterized by a high level of aggression, shown in high rates of constructive, destructive, and deficient components of aggressiveness, which indicates an insufficient degree of response of sthenic emotions of anger, a tendency to accumulate emotions, and the creation of intense emotionally negative congestive states that form a psychological ground for possible criminal excesses (Essays on Dynamic Psychiatry, 2003).

The aggression level for neurotic patients does not differ significantly from the level of aggression of healthy ones. However, there are differences in the ratio of different forms of aggression in the structure of aggressive behaviour. There is a decrease in the constructive component of aggression, while increasing the indicator of deficient aggression (Essays of dynamic psychiatry, 2003).

The psychological characteristics of young people with opiate and tobacco addiction were studied. It was revealed that drug addicts differ from tobacco smokers by a significantly higher level of aggression and conflict. The motives for the use of surfactants are differentiated among drug addicts of a young age, taking into account gender. The drug-addicted girls are more in need of reducing emotional stress; for young men, the problems of communication and suppressing a high level of aggressiveness are more relevant (Anosova Yu. V., 2005).

Some features of aggressiveness were also identified in women with weight problems. The overweight women, in comparison with women of normal weight, have more pronounced aggressive tendencies, which were shown in the form of guilt, a tendency to long-term experience of negative emotions with the formation of affectively coloured psychological dominant, resentment, and a tendency to attribute their own distrust and hostility to others (Savchikova Yu. L., 2005).

For patients with insulin-dependent diabetes mellitus, moderate neurotization is detected in the setting of moderate anxiety, frustration, aggressiveness and rigidity (Trifonova E. A., 2005).

The young men with chronic gastritis demonstrate a more pronounced state of hostility and heteroaggression than healthy individuals (Kazakova I.A., 2009).

Hostility was studied in patients with depressive and anxiety disorders. In this category of patients, hostility indicators significantly exceed those of healthy subjects. Moreover, the patients with depressive disorders significantly more often use indirect forms of aggressive behaviour. The indicators of interpersonal dependence, which restrains the direct show of aggression in behavior. Thepatients with depressive and anxiety disorders significantly exceed the same indicator (Garanyan N. G., 2010). In patients with hypertension, the specific features of emotional states are the highest among all nosological groups indicators of hostility and aggressiveness as personality properties (Ragozinskaya V. G., 2010).

The psychological factors in decompensation of chronic heart failure have also been studied. The patients with chronic heart failure in the compensation stage are characterized by indicators of an average level of aggressiveness. At the stage of

decompensation, there was an insufficient response of aggressive impulses (Mikhailova T. V., 2006).

It is found that aggression, hostility, resentment in patients with coronary heart disease have increased accordingly to the increase in the severity of clinical forms of ischemic heart disease as a result of severe somatic pathology (somatopsychic influence) and psychological risk factors negative clinical dynamics (psychosomatic effects) (Chapala T.V., 2012). The patients with coronary heart disease are characterized by an increased level of deficient aggression (Solovyova S. L., 1996; merkuryeva A. A., 2001). The patients with CHD tend to suppress their aggressive urges, or not enough to implement them due to the lack of appropriate behavioural skills. At the same time, they are determined to increase the destructive form of expression of aggression. The aggressiveness of patients with coronary heart disease is determined by the features of the integral structure of the personality with its obligation, normativity, sense of duty, responsibility, high self-esteem, tendency to follow moral and ethical standards, high self-control, regulating the manifestations of emotions (Solovyova S. L., 1996). Aggressive impulses do not find adequate expression and full realization, accumulating in the form of affectively charged untreated sthenic mental states, thus creating a source of chronic emotional stress.

Thus, a large number of psychological aggressiveness studies of patients with schizophrenia have a forensic psychological focus and are devoted to the problem of socially dangerous acts by patients. Other studies of aggression in patients with mental and somatic disorders focus on the problem of rehabilitation and social adaptation of patients. The biopsychosocial nature of most mental and somatic disorders and the role of aggression as a psychological factor affecting the development of the clinical dynamics of mental and somatic disorders are confirmed.

1.3. Aggression features in schizophrenia

Schizophrenia is a mental illness characterized by disharmony and loss of mental function unity (thinking, emotions, motor skills), prolonged continuous or paroxysmal course and different severity of productive (positive) and negative disorders, leading to personality changes in the form of autism, decreased energy potential, emotional impoverishment and increasing introversion (Tiganov A. S., 1999).

Many researchers describe the following ideational, emotional, and behavioural phenomena as signs of aggression, aggressiveness, and aggressive behaviour at various stages of schizophrenia: suspicion, distrust, increased hostility to others, guilt, tension, weakening of self-control with aggressive behaviour, impulsiveness in behaviour with irritability, negativism, decreased contact, ideas of persecution, and ideas of self-blame (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, 1987; Kaplan G.I., Sadok B.D., 1994; Maltseva M.M., Kotov V.P., 1995; Solovyova S. L., 1996; Tiganov A.S., 1999; Katan E.A., 2007; Mendelevich V. D., 2011). Aggressive and self-injurious behaviour of patients with schizophrenia, along with other clinical signs, serves as a marker of exacerbation of the course of a procedural disease (Kravchenko I. V., 2011).

At present time, there are a large number of clinical works devoted to the research of the aggressive behaviour of patients with schizophrenia.

According to some researchers, in patients with schizophrenia, aggressive behaviour is realized through a productive-psychotic mechanism, in which the leading motives for aggressive behaviour are delusional, and a negative-personal mechanism, where aggressive behaviour is shown due to emotional uncontrolledness, perversion and disinhibition of drives (Maltseva M.M. Kotov V.P., 1995; Belousova, M. L., 2003; Kuderinov S.V., 2004; Verkhodanova, T.V., 2007).

According to the research of M. L. Belousova (2003), socially dangerous acts are performed by patients with schizophrenia no more often than by mentally healthy persons. The growth of socially dangerous acts committed by these patients in recent years, in essence, corresponds to the general increase in crime in the population. About half of the patients were in a psychotic state at the time of committing dangerous actions. The patients with hallucinatory-paranoid symptoms were prone to commit aggressive acts. The patients with psychopathic syndrome were susceptible to commit

less serious property socially dangerous actions. Among patients with schizophrenia, among the primary socially dangerous actions, the proportion of aggressive actions directed against the person is great. Among repeated SDA there are less severe property and hooligan actions. The repeated dangerous actions were more often committed for real-life reasons with a predominance of negative personality mechanisms.

According to the research of M. L. Belousova (2003), in patients who committed socially dangerous acts during the period studied by the author, the paranoid form of schizophrenia was more common. T.V. Verkhodanova (2007) confirms the conclusions of M.L. Belousova and notes that in patients with paranoid schizophrenia who have committed socially dangerous acts against the person, the disease occurred episodically with a gradual development of the defect, patients were explosive individuals in premorbid.

According to the research of I. V Kravchenko (2011), paranoid, epileptoid, and hysterical tendencies combined with a high level of aggressive motives are significant in the motivation structure of patients with paranoid schizophrenia with non-suicidal self-injurious actions.The implementation of non-suicidal self-harm occurs in accordance with three variants of non-suicidal self-injurious behaviour: cumulative, plannedand paroxysmal. The increase in emotional and volitional disorders within the framework of defect formation in patients with paranoid schizophrenia reduces the risk of non-suicidal self-harm. The increase in self-injurious activity sociopathic orientation, along with other clinical signs, is a marker of acute procedural course of the disease in the period of incomplete remission in patients with paranoid form of schizophrenia.

According to the research results of N.V. Vasilieva (1998), the patients with schizophrenia are the least dangerous in relation to socially dangerous acts, in relation to patients with other mental disorders, especially in the variant of destructive heteroaggressive behaviour (Vasilieva N.V., 1998).

In the researchof V. G. Bulygin, it was found that in patients diagnosed with schizophrenia, psychological predictors of social danger are difficulties in assessing the actual and potential situational context, a combination of weak self-control and high

internal conflict of self-relationship, which impede the choice of an adequate behaviour strategy (Bulygina V. G., 2015).

A number of studies reveal a link between hostility and schizophrenia (Free N. K., 1950; Blackburn I. M., 1974; Ching-Yen Chen, 2001; Enikolopov S. N., 2007). Hostility is defined as the totality of negative attitudes toward actual perceived objects (Enikolopov S.N., 2007; Kuznetsova S.O., 2007). All mentally ill patients have significantly increased quantitative indicators of hostility, compared with the norm. In mental pathology, a qualitative specificity of hostility is also noted, expressed in suspicion, alertness, ambivalence, extrapunity and generalization of hostile attitude.Hostility is considered a time-stable characteristic that does not depend on the disease course and the age of patients, and it is considered as a psychological indicator of individual vulnerability to mental disorders. The indicators of hostility do not show a connection with the nosological affiliation of the disease.

1.4. Aggression role in interpersonal relations in schizophrenia

The mental disorders in schizophrenia appear to a large extent as a violation of relationships with other people. For patients with schizophrenia, the following cognitive, emotional and behavioural disorders are characteristic: emotional isolation, difficulties in communication, passive-apathetic social isolation, weakening of self-control, social detachment, personal rigidity, distrust, suspicion, hostility to others with a tendency to break interpersonal relationships, loss of flexibility in relationships with others, rigidity of personal positions, lack of activity, difficulties in understanding complex situations and abstract meanings, narrowing of the interest circle, emotional lethargy, indecision, ideas, relationships, purpose, grandeur, persecution, alienation from others, passivity, emotional coldness, inactivity, the formality of contact, inadequate facial expression, avoiding communication and contact with other passive pastime alone, dissatisfaction, the desire for social isolation, narrowing the range of

interests and interpersonal relationships, isolation, decrease in communicative function of speech, misunderstanding, a portable sense of the words, the weakening of self-control with negativity and aggressiveness, absurd and strange things (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, 1987; Kaplan G.I., Sadok B.D., 1994; Maltseva M.M., Kotov V.P., 1995; Solovyova S. L., 1996; Tiganov A.S., 1999; Katan E.A., 2007; Mendelevich V. D., 2011).

For proponents of a psychodynamic approach, aggression is a central theoretical construct through which psychotic level disorders are considered (Abraham K.; Nunberg H., 1921; Klein M., 1946; Zilboorg G., 1931; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Spotnitz H., 1961).

H. Nunberg (1921) pointed out the role of destructive impulses and protection against it in the development of paranoidschizophrenia.

While describing the case of a patient with schizophrenia, T. Reik (1927) presented an example of a tendency to direct aggressive impulses against yourself and Ego. H. Rosenfeld revealed similar mechanisms. (1947).

M. Klein (1930,1946) described paranoid-schizoid mechanisms as protection from their own destructive impulses.

G. Zilboorg (I93I) demonstrated a case research of a patient with paranoid schizophrenia who showed self-directed hostility. The impulses of hostility could be discharged only in a state of psychosis.

I. Hendrick (1931) pointed to the protection of the object and the immature Ego from aggressive impulses in paranoid schizophrenia.

H. Hartmann (1953) suggested the presence of the damaged ability of patients with paranoid schizophrenia to neutralize aggressive energy.

R. Bak (1954) also pointed out the inability of Ego of patients with schizophrenia to neutralize aggression. The author noted the use of such protections as projection or care in order to avoid destruction of objects.

H. Spotnitz (1961) attributed aggression, object protection, and self-sacrifice to components of the schizophrenic core of the individual. According to the author, «Schizophrenia is an organized mental situation, a structurally complex but

psychologically unsuccessful defense against destructive behaviour. The destruction of the object field of the psyche and the fragmentation of Ego act as secondary consequences of protection» (Spotnitz H., 1961).

According to G. Ammon, in patients with schizophrenia, isolation from the symbiosis with the mother and healthy development are delayed. If an individual is isolated from the primary group, structural damage to Ego functions leads to the search for partners in compensating symbiosis, which should replace the pathological primary group, or to a schizophrenic reaction, the symptoms of which should compensate for the deficit in the mental structure. In the patients with schizophrenia, the deficient aggression prevails, understood as a ban on the implementation of any constructive activity, including in the field of interpersonal interaction and destructive aggression (Ammon G., 1980).

The differences in psychological characteristics that form forms of aggressive behaviour in patients with schizophrenia were described (Essays in dynamic psychiatry, 2003). With an increase in the level of mental activity in patients with schizophrenia, there is an increase in signs of constructive and destructive behaviours with a decrease in deficientshows. With an increase in the overall level of mental activity, the sthenicity of behaviour motivated by affectively colored dominant ideas of a subjective nature increases, without taking into account the requirements of reality and the interests of people around them. It was found that in patients with schizophrenia with externally constructive behaviour, there is a lack of true socialization of aggression with the predominant assimilation of external behavioural algorithms for the implementation of aggression by the mechanism of imitation and insufficient formation of internal social-positive attitudes. With a destructive variant of aggressive behaviour in patients with schizophrenia, there is an increase in the level of mental activity, actualization of psychopathological symptoms with a tendency to form affectively coloured «psychological determinants» that motivate behaviour, the presence of impulsive reactions with excessive subjectivity and underestimation of reality requirements, unpredictability of actions. The deficient variant of aggressive behaviour in schizophrenia corresponds to the features of uncertainty, indecision, anxious

suspiciousness with a tendency to fluctuations and difficulty in making decisions, a tendency toward autization, emotional detachment and coldness in interpersonal relationships, a decrease in overall mental activity, a decrease in the motivational component, which leads to a decrease in the productivity of mental activity, reducing the emotional saturation of the mental state, insufficient sthenicity, purposeful spine behavior, lack of persistence in achieving goals, a tendency to passive forms of response.

In the research of S. L. Solovyova (1996), it was found that the pathological personality structure of schizophrenic patients with such psychological properties as egocentrism, low level of empathy, emotional coldness, and impulsivity with insufficient control over emotions complicates the process of socialization of aggressive tendencies. In connection with the reduced ability to take into account social and regulatory requirements and the consequences of their actions, a destructive form of aggressive behaviour is formed, which becomes the dominant mode of behaviour. The aggressive actions of patients with schizophrenia are performed under the influence of motives associated with a violation of the need-motivational sphere of the individual: situational-impulsive motives, motives of psychopathological self-actualization. Aggressiveness as a property of the personality of schizophrenic patients who have committed homicide is formed during the disturbed process of socialization of the individual, which includes the interiorization of asocial values and norms.

According to the research of S. M. Babin (2006), the psychological correction of maladaptive forms of aggressive behaviour in patients with schizophrenia should be aimed at replacing destructive and deficient response options with socialized, constructive forms of aggressiveness. The path of schizophrenia psychotherapy is the reduction of deficient components, along with the therapeutic research of experiences and behavior with the gradual adoption and consolidation of one's own positive activity, restoration of tolerance to anxiety and the ability to tolerate frustration and aggression (Babin S.M., 2006). Deficient aggression passes into constructive aggression only through an intermediate stage of destructive aggression.

Thus, aggressiveness as an individual property plays a role in forming the boundaries of the individual with the external environment, contributes to the preservation of the integrity and autonomy of the individual. Depending on the holistic mental context, the aggressiveness property forms both socially positive and destructive behavior. Destructive aggression (destructiveness) is understood as a tendency to destroy (natural or symbolic) an object, or relations with an object.

Aggressiveness and aggressive behaviour in patients with schizophrenia are one of the «core» radicals of the schizis psyche, shown at various stages of the disease. In clinical studies, the focus is on the research of aggressive behaviour in patients with paranoid schizophrenia. The mechanisms of aggressive behaviour are described. The premorbid characteristics of patients who performed SDA were studied.

Schizophrenia is characterized by maladaptive relationships with the outer environment in the form of distrust, suspicion, hostility, reduced contact, alienation from others, passivity, inactivity, formality of contacts, social detachment, impulsiveness in behavior with irritability, a tendency to break up relationships, reduced productivity in all areas of functioning, inability to work and other useful activities.

In psychological research, aggression is often the central theoretical construct through which psychotic level disorders are considered. For the authors of the psychodynamic approach, the problem of protecting Ego and objects from one’s own destructive impulses in patients with paranoid schizophrenia seems to be significant. In studies conducted within the framework of the biopsychosocial model of mental disorders, the dominant forms of aggression are identified, the influence of biological, psychological and social factors on the forms of aggression in schizophrenia patients is studied.

The role of aggressiveness in the dynamics of interpersonal relationships in schizophrenic patients remains insufficiently studied. It is assumed that schizophrenic patients and mentally healthy individuals have differences in the interrelated functioning of destructiveness and interpersonal boundaries. Probably, in patients with schizophrenia and in mentally healthy individuals, the peculiarities of accepting one's own destructiveness are associated with the functioning of interpersonal boundaries.

This information will be important for the development of differentiated rehabilitation programs.

CHAPTER 2. RESEARCH ORGANIZATION AND METHODS OF AGGRESSION FEATURES IN SCHIZOPHRENIA

2.1. Research methods and methodology

Theoretical and methodological research bases:

1) biopsychosocial model of mental pathology (Kotsyubinsky A. P., 2002; Kabanov M. M., 2003; Neznanov N. G., 2003);
2) dynamic psychiatry concept of Ammon G. (1980);

Researchmethods:

1) Clinical and psychological (assessment of current mental status, research of medical records and anamnestic information).

2) Psychometric. The following psychodiagnostic techniques were used:

- Buss-Perry questionnaire;
- Hand test;
- Szondi test;
- Ego structural test of G. Ammon (ISTA).

To identify quantitative indicators of the cognitive, emotional, and behavioural components of aggression, Buss-Perry questionnaire was used (Tsibulsky N.P., 2006).The questionnaire consists of 29 statements, which are rated on a 5-point scale from 1 («it isn't similar to me») to 5 («it is similar to me»). The analysis of factors is carried out on four scales:

- physical aggression – self-report on the propensity to physical aggression in behaviour (behavioural component);
- anger – self-report on the tendency to irritability (emotional component);
- hostility-a scale that includes statements of two sub-scales «Suspicion» and «Resentment» (cognitive component);
- integral scale - the total indicator for all issues of the three scales.

Hand test was used to evaluate indicators of aggressive behavioural tendencies and propensity to aggressive behaviour. The stimulus material was ten Handtest cards (Mulyar, O. I., 1996) with images of the hand in different positions. The subject was asked what this hand does or what a person can do with such a hand. Based on the peculiarities of individual perception of the proposed stimulus material, the behavioural tendencies of the individual are revealed. All responses of the subjects were recorded. While processing the obtained data, the test subjects were formalized by assigning each answer to one of fourteen assessment categories.

Handtest authors offer the following evaluation categories:

Agg – aggression,

Dir – directiveness,

Aff – affectation,

Com – communication,

Dep – dependency,

F – fear,

Ex – exhibitionism,

Crip – crippled,

Des – description,

Ten – tension,

Act – active impersonal answers,

Pas – passive impersonal answers,

Bas – hallucinations,

Fail – failure.

The percentage of each category responses in relation to the total number of responses was calculated. Separately, the formulas were used to determine the propensity for open aggressive behaviour (I = (Agg + Dir) - (Aff + Com + Dep)), the degree of personal maladaptation (MAL = Crip + Ten + F), and the tendency to evade reality (WITH = Des + Bas + Fail), the presence of psychopathology (PATH = MAL + 2WITH).

In our research, we used the categories «description», «number of responses», and «no response» to evaluate the productivity of our activities. We also used categories that reflect readiness for open aggressive behaviour («aggression» and «directiveness»), categories that suggest cooperation («communication», «affectation», «dependency»), and an indicator of the propensity to open aggressive behaviour (I).

To assess motivational inclinations, Szondi test was used (Sobchik L.N., 2002; Szondi L., 2005). The test is a stimulus material from 48 portraits of people with eight types of mental disorders. The photos are grouped into six series, each of which presents eight motivational factors. The researcher consistently presents six series of stimulus material, laying out photographs in front of the subject in a certain sequence. The subject's task is to select two photographs in each series - attractive and unattractive. This procedure is repeated every time each new series is presented — there are only 6 of it. The selected portraits are registered according to the sequence number of each portrait from 1 to 8 and the code of each portrait reflecting its factor value. The obtained quantitative indicators of the methodology (the number of selected portraits of both preferred and rejected in total) is assigned a rank (from 1 to 8). The highlighted rank is a quantitative characteristic of the tension of a particular need. The interpretation included the author's research and the research of L. Sobchik.

In the process of testing Szondi test reveals a specific state of the main drives and individual needs of drives:

The following motivational factors are distinguished:

H — eros-factor;

S — thanatos-factor;

E — ethics-factor;

Hy — moral-factor;

K — Ego-sistole factor;

P — Ego-diastole factor;

D — factor of seeking and retaining objects;

M — attachment factor.

To research the personality structure in the totality of its healthy and pathologically altered aspects, Ego structural test of Ammon was used. This test (Essays on Dynamic Psychiatry, 2003) is a standard list of 220 statements that are assessed by subjects as true or false in relation to them. The questions in the list affect the state of health, mood, features of emotional experiences and behaviour in various life situations. The design of the test reflects theoretical ideas about the structure and features of the development of central Ego functions.

Ego structural test of Ammon consists of 18 scales combined in 6 separate blocks. Each block describes the activity of one of the six central Ego functions:

- aggression;
- anxiety-fear;
- outer Ego demarcation;
- inner Ego demarcation;
- narcissism;
- sexuality.

Each of the above-mentioned central Ego functions is described by three separate scales that allow us to assess the degree of expression of the constructive, destructive and deficient components of these central personality formations. In this regard, all these blocks include constructive, destructive and deficient scales.

3) Mathematical and statistical. The obtained results were subjected to computer processing (SPSS 11.0.1) using mathematical statistics. Mann-Whitney U-test(for analyzing differences in mid-values), Spearman's rank correlation coefficient, Pearson correlation coefficient, regression analysis, hierarchical cluster analysis, and K-means cluster analysis were used.

2.2. Sample description

The research was conducted on the basis of Budget Institution of Health Care and Forensic Phychiatric Examinations of the Udmurt Republic «Republician Clinical Phychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic». A total of 203 people from 18 to 64 years of age with higher, secondary, secondary special and higher (incomplete higher) education were examined. Assuming the impact of gender differences, we found it appropriate to separate all participants by gender. In addition, since in clinical practice, the disease course from the moment of its clinically established debut is of great importance for assessing the dynamics of the disease, we carried out additional differentiation of patients in the clinical hospital. In accordance with common practice, all patients with paranoid schizophrenia were divided into two groups – those with the disease course less than five years (the first experimental group) and more than five years (the second experimental group).

The control group of women was consisted of 60 «conditionally healthy» women (the average age is 30 years). The first experimental group of women – 21 women with paranoid schizophrenia, the disease course is less than 5 years (the average age is 41 years). The second experimental group of women is 41 women with paranoid schizophrenia, the disease course is more than 5 years (the average age is 41 years).

The control group of men was consisted of 41 «conditionally healthy» men (the average age is 34 years). The first experimental group was consisted of 18 men with paranoid schizophrenia, the disease courseis less than 5 years (the average age is 28 years).The second experimental group was consisted of 22 men with paranoid schizophrenia, the disease courseis more than 5 years (the average age is 38 years).

The experimental groups consisted of 102 patients with paranoid schizophrenia (40 men, 62 women) from 18 to 64 years old, who are on inpatient treatment in Budget Institution of Health Care and Forensic Phychiatric Examinations of the Udmurt Republic «Republician Clinical Phychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic. The criteria for inclusion of inpatient patients in the research were: the presence of paranoid schizophrenia as the main clinical diagnosis (F-20.006 according to ICD-10). The patients were examined in a state of remission (medicamental remission). The criteria for excluding patients from the research were:

nosological ambiguity in the psychiatric diagnosis, the presence of clinically and experimentally-psychologically detectable signs of psychotic disorganization of the mental activity of the subjects, refusal from theresearch.

Their biosocial indicators are presented in Table 1.

The vast majority of participants in the experimental groups were not married, did not work, and had a disability group.

Table 1. Biosocial characteristics and aggression indicators of the studied patients with paranoid schizophrenia.

Characteristic name	**Value**	**The number of subjects in experimental groups person and% of sample (in brackets)**			
		women		**men**	
		Group 1 n-21	**Group 2 n=41**	**Group 1 n=18**	**Group 2 n=22**
Biological characteristics					
Hereditary burden	Yes	7 (33)	11 (27)	4 (22)	4 (18)
	Deny	14 (66)	30 (73)	14 (64)	18 (82)
Age	Youth	2 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Early maturity	3 (14)	0 (0)	6 (33)	1 (5)
	Average age	16 (76)	41 (100)	12 (66)	21 (95)
Arrival reason	Primary	8 (38)	0 (0)	8 (44)	0 (0)
	Repeated	13 (62)	41 (100)	10 (56)	22 (100)
Defect type	Apato abulic	9 (43)	35 (85)	7 (39)	13 (59)
	Psychopathic	0 (0)	0 (0)	1 (6)	3 (14)
	Paranoid	0 (0)	0 (0)	1 (6)	1 (5)
	Mixed	5 (24)	7 (17)	0 (0)	6 (27)
Course type	Paroxysmal	7 (33)	6 (15)	5 (28)	8 (36)
	Continuous	14 (66)	35 (85)	13 (72)	14 (64)
Defect severity	Expressed	4 (19)	32 (78)	1 (6)	15 (68)
	Moderate	6 (29)	6 (15)	3 (17)	5 (23)
	Emotional volitional decline	4 (19)	1 (2)	3 (17)	2 (9)
	Examination<1 year	7 (33)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
Leading syndrome at the time of arrival	Hallucinatory paranoid	13 (62)	27 (66)	10 (56)	13(59)
	Paranoid	5 (24)	3 (7)	0 (0)	3 (14)
	Affect paranoid	2 (9)	8 (20)	4 (22)	3 (14)
	Dysphrenic	0 (0)	2 (5)	2 (11)	0 (0)
	Hypomanic	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
	Psychopathic	1 (5)	1 (2)	1 (6)	3 (14)
	Astheno-subdepressive	1 (5)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
	Anxiety-subdepressive	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
CCT in history	Yes	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)

	Deny	21 (100)	41 (100)	17 (94)	22 (100)
Alcohol abuse	Yes	1 (5)	0 (0)	2 (22)	8 (36)
	Deny	20 (95)	41 (100)	16 (78)	14 (64)
Social characteristics					
Family status	married	4 (19)	8 (20)	2 (11)	1 (5)
	not married	17 (81)	33 (80)	16 (89)	21 (95)
Education	secondary	7 (33)	21 (51)	7 (39)	9 (41)
	secondary special	6 (29)	13 (32)	3 (17)	8 (36)
	high	8 (38)	7 (17)	8 (44)	5 (23)
Field of activity	workers	4 (20)	1 (2)	2 (11)	1 (5)
	office workers	2 (9)	1 (2)	2 (11)	0 (0)
	students	2 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	do not work	13 (62)	39 (96)	14 (78)	21 (95)
Disability group	Igroup	0 (0)	6 (15)	0 (0)	3 (14)
	II group	0 (0)	28 (68)	1 (11)	13 (58)
	IIIgroup	0 (0)	1 (2)	1 (11)	3 (14)
	no group	21 (100)	6 (15)	16 (88)	3 (14)
Place of residence	Flat	21 (100)	41 (100)	17 (95)	22 (100)
	BUM	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)
Aggression indicators	SDA	1 (5)	0 (0)	1 (6)	4 (18)
	Suicidal attempts	3 (14)	5 (12)	0 (0)	3 (14)
	Propensity to aggression according to follow-up	5 (24)	8 (20)	1 (6)	10 (45)

The comparison was made with control groups of conditionally healthy subjects, which included 101 people (41 men and 60 women) from 18 to 64 years (the average age is 32 years), who do not suffer from mental and neurological disorders and denythe presence of any other chronic diseases. Their demographic indicators are presented in Table 2.

Most of the participants in the control groups did not have a disability group, they worked (doctors, paramedical and nursing staff, employees, students), and did not commit SDA and suicidal attempts.

Table 2. Socio-demographic characteristics of the research healthy subjects.

Characteristic name	**Value**	**The number of subjects in experimental groups person and% of sample (in brackets)**	
		women n=60	**men n=41**
Family status	married	17 (28)	25 (61)
	not married	43 (72)	16 (39)
Education	secondary	2 (3)	12 (29)
	secondary special	10 (17)	2 (5)

	high	48 (80)	27 (66)
Field of activity	workers	3 (5)	7 (17)
	office workers	37 (62)	24 (59)
	students	18 (30)	10 (24)
	do not work	2 (3)	0 (0)
Disability group	Igroup	0 (0)	0 (0)
	II group	0 (0)	0 (0)
	IIIgroup	0 (0)	0 (0)
	no group	60 (100)	41 (100)
Place of residence	Flat	60 (100)	41 (100)
	BUM	0 (0)	0 (0)
Aggression indicators	SDA	0 (0)	0 (0)
	Suicidal attempts	0 (0)	0 (0)

Thus, this chapter reflects the methodological foundations and research methods, reflects the main socio-demographic characteristics of the sample, the research stages, which allow substantiating the data reliability.

CHAPTER 3. RESEARCH RESULTS OF AGGRESSION FEATURES IN INTERPERSONAL RELATIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

3.1. Research results of aggression structure

This section presents the research results aggression obtained by the method of standardized self-reporting using Buss-Perry questionnaire, a comparative analysis of the data and its preliminary discussion (Khudjakova Yu. Yu. Reverchuk I. V., 2016).

The research by Buss-Perry questionnaire was attended by 187 people, 94 (50.3%) of whom made up the control group of «conditionally healthy», that is, people who did not have an established and clinically confirmed diagnosis «schizophrenia». The research selection participants in the control group was carried out taking into account the age factor. The group of patients was 93 (49.7%) patients of Republican Clinical Psychiatric Hospital (Izhevsk) with a clinically confirmed diagnosis «schizophrenia». Assuming the impact of gender differences, we considered it appropriate to separate all participants based on gender, which became the basis for a differentiated discussion of the results obtained in the female and male populations. In addition, since in clinical practice, the disease course from the moment of its clinically established debut is of great importance for assessing the dynamics of the disease, we carried out additional differentiation of patients in the clinical hospital. In accordance with common practice, all patients with schizophrenia were divided into two groups – those with the disease course of less than five years (the first experimental group) and more than five years (the second experimental group). The quantitative composition of the groups of participants in the research using Buss-Perry questionnaire is shown in Table 3.

Table 3. Quantitative composition of the research participants using Buss-Perry questionnaire people, and % of the sample (in brackets).

	Control group (CG)	**First experimental group (EG_1)**	**Second experimental group (EG_2)**	**Total**
Female population	54 (28,9)	22 (11,8)	36 (19,3)	112 (59,9)
Male population	40 (21,4)	12 (6,4)	23 (12,3)	75 (40,1)
Total	94 (50,3)	34 (18,2)	59 (31,6)	187 (100)

The research results in the female population. For correct discussion of patients' results, the interpretation was based on the results obtained in the control group of healthy research participants. The control group results of women are shown in Table 4.

Table 4. Test results in the control group of women (CG).

Statistical indicators / Components	**Average value (x)**	**Standard deviations (σ)**	**DISD (%)**	**Below standard (%)**	**Above standard (%)**
Behavioural	19	6	34	30	4
Cognitive	20	4,7	22	18	4
Emotional	19,5	4,8	26	22	4
Integrated scale	58,8	11,7	30	26	4

It should be noted that the results obtained are homogeneous on three scales (x) – the severity of behavioural, cognitive and emotional components of aggression in women of the control group has the same level. The analysis of individual data dispersion indicators (σ) suggests a certain variety of aggression at the behavioural level. For a comparative analysis of the results of the test in three groups, we introduced adeviation indicator from the standard data (DISD), which is the sum of two indicators – the share of results below and above the standard. In the control group, the distribution of responses deviating from the normative values is asymmetric with the obvious predominance of results below the normative. The latter indicates the atypical shows of the behavioural, cognitive and emotional components of aggression in the control group. It is impossible to exclude a certain influence on the result of the factor

of professional affiliation of participants in the control group, which involves individual control over the aggression shows (medical workers, students, etc.).

The results of Buss-Perry questionnaire in the first experimental group of women are given in Table 5.

Table 5. Test results in the first experimental group of women (EG_1).

Statistical indicators / Components	**Average value (x)**	**Standard deviations (σ)**	**DISD (%)**	**Below standard (%)**	**Above standard (%)**
Behavioural	23,8	6,8	36	18	18
Cognitive	25,3	6,8	45	9	36
Emotional	19,3	5,5	28	23	5
Integrated scale	68,3	10,9	27	9	18

The average values (x) given in the table allow us to note their heterogeneity for the three components of aggression in comparison with the control group. The maximum severity of aggressive manifestations in this group is noted for the cognitive school, which is confirmed by three indicators: average values, standard deviation, and a deviation indicator from the standard data (DISD).The cognitive component of aggression in EG_1 is significantly higher than in CG ($U=270$, $p<0.01$) (Table 7). In second place in terms of severity in EG_1 is the indicator of the behavioral component of aggression, the average value of which is significantly higher than in CG ($U=338$, $p<0.01$). There are no significant differences in the indicators of the emotional component of aggression for participants of the two groups (CG and EG_1). In terms of aggression, EG_1indicators significantly exceed CG ($U=305.5$, $p<0.01$).

Thus, patients (women) with paranoid schizophrenia with the disease course of less than 5 years (EG_1), according to the results of a standardized self-report, are more hostile compared to the control group (healthy women). The results obtained suggest that patients themselves recognize signs of aggression in their behaviour and thinking. The emotional indicators of aggressiveness in this case do not have a differential value.

The results of the second experimental group of women are shown in Table 6.

Table 6. Test results in the second experimental group of women (EG_2).

Statistical indicators / Components	Average value (x)	Standard deviations (σ)	DISD (%)	Below standard (%)	Above standard (%)
Behavioural	23,7	6,5	36	8	28
Cognitive	26	4,7	47	3	44
Emotional	18,5	6,3	28	22	6
Integrated scale	68,2	13,2	28	11	17

In the second experimental group, the distribution of statistical indicators is similar to that in the first experimental group. A significantly high index of the cognitive component was obtained in comparison with that in CG ($U=376.5$, $p<0.01$). The standard deviation confirms the high consistency of the test results on the cognitive scale. In second place there is the behavioural component of aggression, the average value for which is significantly higher compared to CG ($U=526$, $p<0.01$), there are no significant differences in this indicator for EG_1 and EG_2.

It is important to note the change in the distribution of DISD for the behavioural scale: if in EG_1, it has a symmetrical character (18% and 18%), then in EG_2 the proportion of responses exceeding the normative ones increases (8% and 28%), which indicates an increase in behavioural aggression shows over the disease course. In addition, the focus of the behavioural component of aggression on animate and inanimate objects is analyzed. Out of 9 points on the «behavioural component of aggression» scale, eight statements describe aggressive behaviour towards people, one is towards inanimate objects (Question 29). The comparative analysis of the average values of answers to this question in three groups showed that in EG_2 it is significantly higher than in the CG ($U = 727.5$, $p <0.05$), that is, patients recognize that the subject of their aggressive behaviour can also be inanimate objects. The correlation analysis indicates the independence of two values - an indicator of the orientation of aggression towards inanimate objects and a general indicator of behavioural aggression. In the CG, a different dependence is noted: with an increase in the orientation of aggression to inanimate objects, the overall indicator of the behavioural aggression component rises

(rs = 0.649, p <0.01). This feature indirectly confirms the equivalence of animate and inanimate objects of behavioural aggression for patients with schizophrenia.

In EG_2, for the scale «emotional aggression component»б there is a distribution of statistical indicators similar to that in CG and EG_1: the lowest value of DISD with a predominance of values below the normative ones. At the same time, the shows of aggression in emotions become more diverse (σ=6,3).

In terms of aggression, EG_2 indicators exceed CG (U=496, p<0.01). There were no significant differences in the level of aggression between EG_1 and EG_2.

Table 7. Aggression components in CG, EG_1 and EG_2.

Aggression components	Average values			Differences (Mann–Whitney U-test)		
	CG	EG_1	EG_2	CG-EG_1	CG-EG_2	EG_1-EG_2
Behavioural	19±6	23,8±6,8	23,7±6,5	338**	526**	—
Cognitive	20±4,7	25,3±6,8	26±4,7	270**	376,5**	—
Emotional	19,5±4,8	19,3±5,5	18,5±6,3	—	—	—
Integrated scale	58,8±11,7	68,3±10,9	68,2±13,2	305,5**	496**	—

Symbols: * * - confidence level p<0.01; * - confidence level p<0.05

Finally, an additional correlation analysis of the relationships between behavioural, cognitive, and emotional components was performed (Fig. 1).

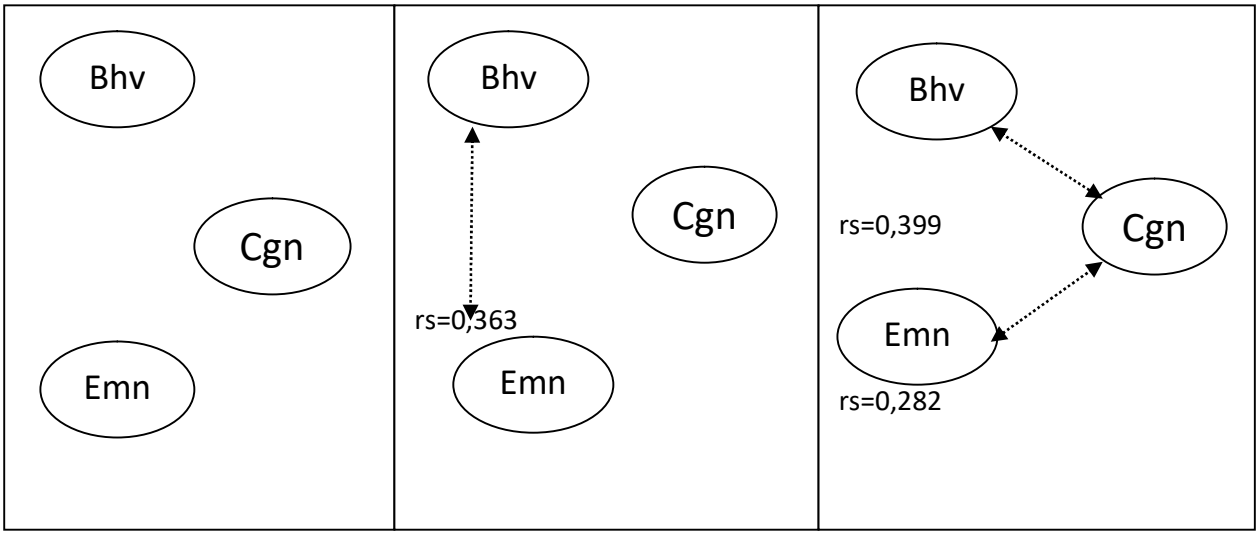


Fig. 1. Correlations between the aggression components– behavioural (BHV), cognitive (CGN), and emotional (EMN) in three groups of the female population.

The control group (CG) revealed the significant relationship between the behavioural component and the cognitive (p<0.01), cognitive and emotional component

($p<0.05$), significant relationships between behavioural and emotional component is not revealed. The resulting aggressiveness structure in healthy women suggests a lack of congruency between their behaviour and emotional state. Behaviour is diverse, with greater uniformity of aggression shows in thinking and emotions. The «ventilation» often occurs in an indirect manner. Women in the control group tend to deny aggression shows in their opinions, emotional experiences and behaviour.

In the experimental group (EG_1), there are no reliable relationships between components, which indicates a dissociated structure of aggressiveness - behavioural, cognitive and emotional components are not interconnected. The greatest differences are noted in aggressiveness shows in behaviour and thinking. The emotional aggressiveness shows are of the same type. The patients are characterized by increased hostility, the shows of which they describe according to the statements of a standardized questionnaire.

The participants of the second experimental group (EG_2) revealed reliable relationships between the behavioural component and the emotional ($p <0.05$), which also confirms the dissociated nature of the aggressiveness structure. The emotional stress shows itself directly in behavior and is not mediated by cognitive processing. The cognitive shows of aggression are similar. The members of the group are characterized by hostility: they are characterized by feelings of deprivation, jealousy, suspicion; they often do not understand the reasons for their grievances, do not trust too friendly people. The participants of the second experimental group (EG_2) revealed reliable relationships between the behavioural component and the emotional ($p <0.05$), which also confirms the dissociated nature of the aggressiveness structure. It happens that they threaten their friends. Sometimes they lose their temper so much that they break things. Animate and inanimate objects are equivalent for their aggressive behaviour.

The research results in the male population. The results obtained in the control group of healthy men are shown in Table 8.

It should be noted the heterogeneity of the results on three scales (x) - in healthy men the behavioural component of aggressiveness prevails. The analysis of the scatter indices of individual data (σ) allows us to talk about a variety of aggressive

manifestations at the behavioural level. On the second place in terms of severity is the cognitive indicator of aggressiveness, on the third there is the emotional component. The standard deviation confirms the high consistency of the test results on the emotional scale.

Table 8. Test results in the control group of men (CG).

Statistical indicators / Components	Average value (x)	Standard deviations (σ)	DISD (%)	Below standard (%)	Above standard (%)
Behavioural	22,9	6	28	28	0
Cognitive	18,4	5,3	38	33	5
Emotional	16	4	58	58	0
Integrated scale	57,3	13,2	58	55	3

In the case of men, the distribution of responses that deviate from the standard values (DISD) is asymmetric, with an obvious preponderance of results below the standard values. The latter indicates atypical phenomenological shows of behavioural, cognitive and emotional components of aggression in the control group. It is impossible to exclude a certain influence on the obtained result of the factor of professional belonging of the participants of the control group, which assumes individual control over the aggression shows (medical workers, students, etc.).It should be noted the uniformity and severity of emotional aggression shows relative to behavioural ($U=284$, $p<0.01$) and cognitive ($U=581$, $p<0.05$).

The results of Buss-Perry questionnaire in the first experimental group of men are shown in Table 9.

Table 9. Test results in the first experimental group of men (EG_1).

Statistical indicators / Components	Average value (x)	Standard deviations (σ)	DISD (%)	Below standard (%)	Above standard (%)
Behavioural	21,9	5,6	25	25	0
Cognitive	21,7	5,6	33	8	25
Emotional	17,4	3,4	33	33	0
Integrated scale	61	11,1	25	25	0

The distribution structure of statistical indicators for the behavioural and emotional components of this experimental group is similar to that of the control group.

There were no significant differences in the behavioural, cognitive, and emotional components of aggression and the level of aggression when comparing CG and EG_1.

The results of the second experimental group of men are shown in Table 10.

Table 10. Test results in the second experimental group of men (EG_2).

Statistical indicators / Components	Average value (x)	Standard deviations (σ)	DISD (%)	Below standard (%)	Above standard (%)
Behavioural	24,8	5,9	30	17	13
Cognitive	24	6,3	43	13	30
Emotional	19	7,3	56	43	13
Integrated scale	68	15,3	30	17	13

In EG_2, the attention is drawn to the heterogeneity of results with a predominance of the behavioural component. There were no significant differences on the «behavioral aggression component» scale when comparing CG, EG_1 and EG_2. However, a change in the distribution of DISD for the behavioral scale in this group should be noted. If in EG_1 indicators below standard values prevail (25% and 0%), then in EG_2 the deviation is symmetrical (17% and 13%), which indicates an increase in the disease course with aggression shows in behaviour.

The average value indicator (x) for the cognitive scale is higher than in the CG ($U = 209.5$, $p < 0.01$). No significant differences were found when comparing the average values in EG_1 and EG_2.

For the «emotional aggression component» scale, there is a similar distribution to that in the CG and EG_1: the average values are the smallest, DISD is the largest with the prevalence of values below the normative. The standard deviation (σ) confirms the low consistency of the test results on the emotional scale in EG_2.

In terms of aggressiveness, EG_2 indicators exceed CG ($U = 255$, $p < 0.01$). There were no significant differences in the level of aggressiveness between EG_1 and EG_2.

Table 11. Aggression components in CG, EG_1 and EG_2 for men.

Aggression components	Average values			Differences (Mann–Whitney U-test)		
	CG	EG_1	EG_2	CG-EG_1	CG-EG_2	EG_1-EG_2
Behavioural	22,9±6	21,9±5,6	24,8±5,9	—	—	—
Cognitive	18,4±5,3	21,7±5,6	24±6,3	—	209,5**	—

Emotional	16±4	17,4±3,4	19±7,3	—	—	—
Integrated scale	57,3±13,2	61±11,1	68±15,3	—	225**	—

Symbols: * * - confidence level p<0.01; * - confidence level p<0.05

The results suggest that men with schizophrenia are more hostile than healthy men. Over the course of the disease, behavioural and cognitive aggression shows increase.

The results of the correlation analysis of the relationships between behavioural, cognitive, and emotional components are presented below (Fig. 2). In men of the control group (CG), significant relationships were found between all components of aggressiveness: behavioural and cognitive ($p<0.01$), cognitive and emotional ($p<0.01$), behavioural and emotional ($p<0.01$). Men in CG have a diverse pattern of aggressive behaviour. The emotional aggression shows are homogeneous and less pronounced in comparison with behavioural and cognitive ones. Men in CG tend to deny aggression in their opinions, emotional experiences, and behavior. They often note aggression b in their behaviour.

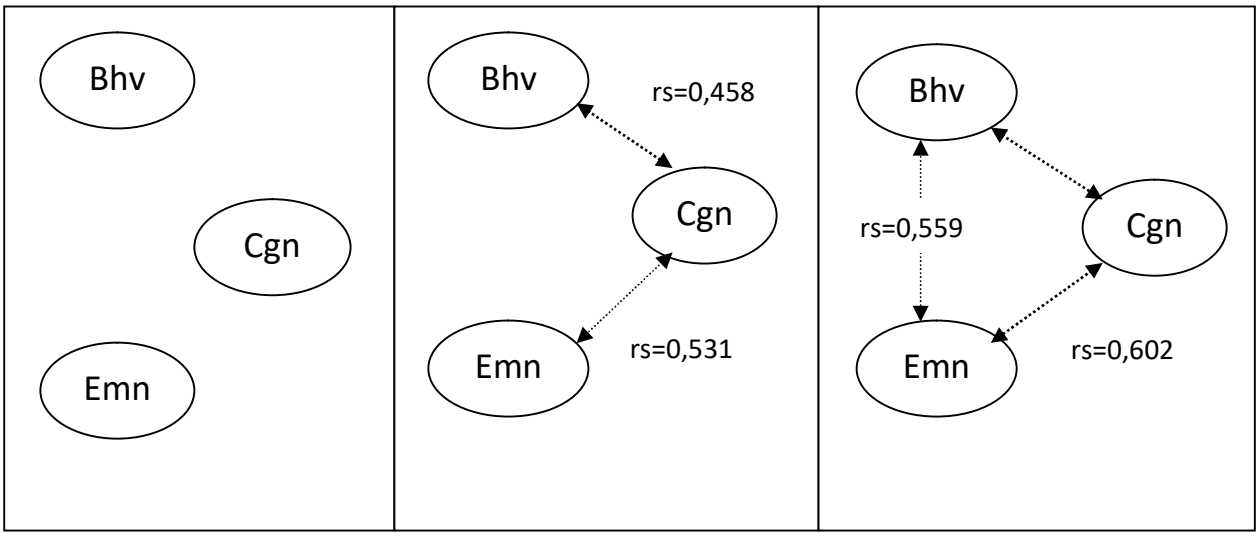


Fig. 2. Correlations between the aggression components– behavioural (BHV), cognitive (CGN), and emotional (EMN) in three groups of the male population.

In the experimental group of men (EG_1), there are no reliable relationships between the components, which indicates a dissociated structure of aggression – behavioural, cognitive and emotional components are not interconnected. The greatest differences are observed in the aggression shows in behaviour and thinking. The

emotional aggression shows are the same. There is a high cognitive component of aggressiveness.

In the second experimental group men (EG_2) the structure of aggressiveness corresponds to the structure of the aggressiveness of the women in the control group revealed significant relationship between the behavioral component and the cognitive ($p<0.05$), cognitive and emotional component ($p<0.01$), significant relationships between behavioural and emotional component is not revealed. The resulting structure of aggressiveness in EG_2 men suggests that there is no congruence between their behaviour and emotional state. The «ventilation» is more often indirect. The undifferentiation of behavioural and cognitive components is determined. The participants in EG_2 are characterized by hostility: they are characterized by feelings of deprivation, jealousy, suspicion; often do not understand the reasons for their grief; do not trust friendly people. There is a tendency to increase aggressive shows in behaviour.

The conducted research of aggressiveness on the behavioural, cognitive and emotional levels of response using the standardized self-reporting method (according to Buss-Perry test) allows us to draw a number of preliminary conclusions that have differential significance, both in diagnostic and correctional-psychotherapeutic practice.

In the control group, results were obtained that confirm the atypical manifestations of aggression in «conditionally healthy» subjects (a high proportion of results are below standard). The gender differences are manifested in two ways: for men, the predominant form of aggressiveness is the behavioural component with minimization of the emotional component. The second difference concerns the structure of aggressiveness: men are characterized by a high interdependence of the shows of all three components (behavioural, cognitive and emotional), which suggests their coherence, which ensures the adequacy of aggressive shows. The female group is characterized by the absence of a relationship between the behavioural and emotional components of aggressiveness, which suggests a possible mismatch of the woman's behaviour and her experiences in a situation of growing subjective tension.

For patients with schizophrenia lasting no more than five years-women and men-characterized by high hostility, recognized by the patients themselves, which is

manifested in a significant increase in the cognitive component of aggression. Thedistinctive feature of this group of patients (without gender differences) is the dissociated structure of aggressive shows due to the lack of interdependencies between the components.

For patients with disease course more than five years – women and men – is characterized by increased behavioral aggression against the growth of the cognitive measure.

In the male group of patients with schizophrenia, the dependence between the cognitive and emotional, cognitive and behavioural components in the structure of aggressiveness was revealed without a corresponding relationship between the emotional and behavioural components. The similar aggression structure was also obtained in a group of healthy women, which was interpreted as a mismatch of experiences with their behavioural show. It can be assumed that in a man with a prolonged disease course in the aggression phenomenology one can see the features of an atypical (female) method of «processing» stress and the corresponding methods of its discharge. In addition, in men with a long disease course, there is an indifference of behavioral and cognitive components. In women with a prolonged disease course, emotional stress is discharged directly in behaviour without cognitive processing.

3.2. Results of psycho-diagnostics of aggressive behavioural tendencies and propensity to aggressive behaviour

This section describes the results of a research using the projective «Hand test», which, due to its design features, allows reliable prediction and qualitative assessment of such a specific personality property as open aggressive behaviour (Kurbat, 1996). The author of the methodology (A. Wagner) considered open aggressive behaviour as behavior contrary to social norms in situations of joint activity. The paragraph is devoted to a comparative analysis of the obtained data and their preliminary discussion. The

quantitative composition of the participant groups in the research using Handtest is given in Table12.

Table 12. Quantitative composition of the research participants using Handtest, people and % of the sample (in brackets).

	Control group (CG)	**First experimental group (EG_1)**	**Second experimental group ($ЭГ_2$)**	**Total**
Women	60 (30,0)	22 (11)	40 (20)	122 (66)
Men	39 (19,5)	13 (6,5)	26 (13)	78 (34)
Total	99 (49,5)	35 (17,5)	66 (33)	200 (100)

One of the main indicators of the productivity of the research participants is an indicator of the total number of answers, which expresses the general psychological readiness of a person for the corresponding activity, the level of his motivation to participate in the research, and as an indirect indicator is the reliability of the results. The percentage distribution of this indicator in various groups of the research participants is given in Table 13.

Table 13. Indicators of the total number of responses for «Hand test» in male and female groups of the research participants (in %).

Participants / Levels of psychological activity	**Women**			**Men**		
	CG (n=60)	**EG_1 (n=22)**	**EG_2 (n=40)**	**CG (n=39)**	**EG_1 (n=13)**	**EG_2 (n=26)**
Low activity (<15)	25	32	50	33	31	35
Average activity (15-25)	37	50	40	33	46	46
High activity (26-40)	32	18	10	24	23	19
Hyperactivity (> 40)	6	0	0	10	0	0

The statistical hypothesis on the independence of classifications was tested with regard to the signs of the presence/absence of the disease and the level of mental activity was carried out using χ^2-test and contingency tables. For the female population, the hypothesis about the relationship of these signs was confirmed, namely, with the course of the disease, there was a significant decrease in the level of psychological activity (χ^2=14,47; $_{0,95}\chi^2_6$=12,59), which was reflected in the decrease in the total number of responses. For men, the null hypothesis about the independence of traits

cannot be rejected – there are no significant changes in the distribution of the total number of responses in the three groups of research participants.

The similar result was obtained for the category«Description» (Des), which includes responses that do not imply any tendencies to action and represent a simple physical description of the hand (Table14). Such answers contradict the instructions («What do you think this hand is doing? »), and therefore act as an indirect indicator of the formal attitude of the subject to the task, or formalization of the activity.

Table 14. Indicators of responses in «Description» category in the male and female groups of the research participants (in %).

Participants / Des	Women			Men		
	CG (n=60)	EG_1 (n=22)	EG_2 (n=40)	CG (n=39)	EG_1 (n=13)	EG_2 (n=26)
Present	32	55	76	74	69	58
Absent	68	45	24	26	31	42

Testing the statistical hypothesis of sign independence was confirmed only for male groups (χ^2=2,01). It should be noted as a phenomenological trend (not having statistical reliability) is a decrease in this category in groups of patients. In women with an increase in the disease process, there is an increase in the number of answers in this category (χ^2=20,33; $_{0,95}\chi^2_2$=5,99).

Thus, a comparative analysis of psychological productivity by the indicator of the total number of responses and the category «Description» in the projective method «Hand test» allows us to speak about the prevalence of negative signs of the disease in the form of a decrease in such indicators as the tendency to action, general ergicity and personal activity, as well as the tendency to formalize activities in the female population.

The research in the female population (Table 15). According to the manual on the use of «Hand test», the main determinant of open aggressive behaviour is the underdevelopment of social cooperation settings, and not the presence of developed aggressive tendencies (Kurb, 1996). Therefore, the comparative analysis focused on the indicators of two groups of categories-readiness for open aggressive behaviour (categories -

«Aggression» and «Directiveness») and social cooperation (categories - «Affectation», «Communication», «Dependency»).

Table 15. Average indicators for open aggressive behaviour and social cooperation in female groups of the research participants.

Categories	Average number (in %)			Significance of differences (Mann-Whitney U-test)		
	CG	EG_1	EG_2	CG - EG_1	CG - EG_2	EG_1 - EG_2
Aggression	7,65	7,05	8,25	—	—	—
Directiveness	5,82	5,86	5,38	—	—	—
Affectation	7,67	8,95	6,43	—	—	—
Communication	20,23	14,91	14,08	96*	848*	—
Dependency	5,27	9,73	6,78	427*	—	—

Note: *p<0,05; **p<0,01

The statistical hypotheses on the independence of distributions for each category were tested using the criteria of nonparametric statistics (Mann-Whitney U-test). The distribution of indicators in three groups was compared. In the categories of indicators for open aggressive behaviour, no significant differences between the groups were found. A number of statistical dependencies were obtained for the categories of social cooperation. For the category «Affectation» no significant differences in the distribution of indicators were found. Statistically significant differences were obtained in the distribution of indicators for «Communication» category in the control group and two experimental groups: CG – EG_1 (U=96; p<0,05) andCG – EG_2 (U=848,5, p<0,05). The indicators in the control group are significantly higher than in the experimental ones, while differences in the distribution of indicators in both experimental groups are statistically unreliable. For «Dependency» category, the highest values are observed in EG_1, which are significantly higher than in CG (U=427, p<0.05). There were no differences in the distribution of dependence indicators between CG and EG_2, as well as between both experimental groups.

The tendency to open aggressive behaviour is assessed by comparing trends that reflect a willingness to open aggressive behaviour and suggest cooperation: I = (Agg +

Dir) - (Aff + Com + Dep). This indicator is calculated in points, and not as a percentage. According to the guidelines for using this technique (Kurb, 1996), the indicator values form three diagnostic interpretation zones: low probability zone of open aggression (for I ≤ –1), controlled aggression zone, or possible aggression with close people (I = 0), zone of real aggression probability and open aggressive behaviour (for I ≥ +1).

The distribution of the results in three female groups, taking into account the three identified diagnostic zones, is presented in Table 16.

Table 16. Tendency for open aggressive behaviour in the female population.

Zones / Groups	Low aggression probability (I ≤ –1)	Controlling aggression (I = 0)	High aggression probability (I ≥ +1)
CG	54	0	6
EG_1	20	1	1
EG_2	30	5	5

Testing the statistical hypothesis of the independence of signs (the presence of a disease is a tendency to aggression) was carried out using the table of contingency signs and χ^2-criterion. The dependence between the signs in the female groups is rather weak, although it is unlawful to speak of its complete absence (χ^2=9,3; $_{0,95}\chi^2_4$=9,49). The data shown in the Table suggest an increase in the tendency to open aggressive behaviour over the course of the disease. The ratio analysis of the described categories suggests that the main reason for the increase in aggression in patients is associated with changes in indicators of social cooperation (for mentally ill women, these are the categories - «Communication» and «Dependency»).The absence of differences between CG and both EG in the category «Affectation», combined with a significant decrease in communicative indicators, indicates the inability of sick women to engage in substantive business communication with a predominance of emotional and evaluative context in relationships with other people.

Since aggression and a tendency toward aggressive behaviour are the subject of our research, we considered it necessary to conduct a correlation analysis between the indicators of «Aggression» category and other categories that reflect behavioural trends measured using «Handtest» (Table 17).

Table 17. Significant correlation between aggression and other categories «Handtest» in the female population.

Categories / Groups	Dir	Com	Aff	Dep	Crip	Des	F	Ten	Act	Pas	Ex
CG	-	-	-	-	-	-	0,316*	-	-	-	
EG_1	-	-	-	-	0,458*	-	-	-	-	0,459*	-
EG_2	-	-	-	-	-	-0,396*	-	-	-	-	-

Note: *p<0,05; **p<0,01

Thus, in women's groups, a number of features were identified that characterize the aggression shows of participants in the psychodiagnostic research. Over the disease course, the aggression shows become more heterogeneous. In particular, communication trends decrease, and in the first five years of the disease, dependence traits increase. In combination with these trends, there is an increase in the tendency to open aggressive behaviour in women with the disease course of more than five years. Along with a decrease in the ability to cooperate in schizophrenia compensatory relationships are formed in the mental structure of the individual. In women with the disease course of less than five years, when aggressive tendencies increase, passivity and self-injurious tendencies increase. The aggressive tendencies decrease in women with the disease course of more than five years against the background of formalization of activity. In healthy women, when aggressive tendencies increase, the fear of their own destructiveness increases.

The research results in the male population are presented in Table 18.

Table 18. Average indicators for open aggressive behaviour and social cooperation in male groups of the research participants.

Categories	Average number (in %)			Significance of differences (Mann-Whitney U-test)		
	CG	EG_1	EG_2	CG - EG_1	CG - EG_2	EG_1 - EG_2
Aggression	11,4	9,3	11,9	—	—	—
Directiveness	6,4	4,5	6,07	—	—	—

Affection	10,2	9,0	7,6	—	—	—
Communication	19,3	28,6	21,03	117,5**	—	100,5*
Dependency	5,07	3,7	7,8	—	—	—

Note: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

In groups of men, as well as in groups of women, testing of statistical hypotheses about the independence of distributions for each category was carried out using the criteria of nonparametric statistics (Mann-Whitney U-test). The distribution of indicators in three groups was compared. There were no significant differences between the groups in the categories of readiness for aggressive behaviour. The statistical dependencies were obtained for categories of social communication. There were no significant differences in the distribution of indicators for «Affectation» and «Dependency» categories.

Statistically significant differences on «Communication» scale were revealed. In EG_1, the average values are higher than in CG ($U=117.5$, $p<0.01$), and then in EG_2 ($U=100.5$, $p<0.05$). When comparing EG_1 and EG_2 «Communication» indicators, no significant differences were found.

The tendency to open aggressive behaviour was evaluated in male groups.

The distribution of the results in three male groups, taking into account the three identified diagnostic zones, is presented in Table19.

Table 19. Tendency for open aggressive behaviour in the male population.

Zones / **Groups**	**Low aggression possibility ($I \leq -1$)**	**Controlling aggression ($I = 0$)**	**High aggression possibility ($I \geq +1$)**
CG	33	4	2
EG_1	13	0	0
EG_2	21	3	2

Testing the statistical hypothesis of the sign independence (the disease presence is a tendency to aggression) was carried out using the table of contingency signs and χ^2-criterion. There is no dependence between characters in male groups ($\chi^2=2,24$;

χ^2=0,219). The data presented in the table do not allow talking about an increase in the tendency to open aggressive behaviour with the disease course in the male sample.

The increase in «Communication» category reflects a tendency to perceive neutral social situations as personally significant. The absence of differences between CG and both EGs in the category «Affectation» in combination with an increase in communicative indicators indicates the predominance of formal communication with other people.

In the male groups, a correlation analysis was performed between the indicators of «Aggression» category and other categories reflecting behavioural trends measured using «Hand test» (Table 20). In men with schizophrenia lasting more than 5 years, with an increase in aggressive tendencies, a decrease in activity with respect to the physical environment is noted.

Table 20. Significant correlation between aggression and other categories «Hand test» in the male population.

Categories / Groups	Dir	Com	Aff	Dep	Crip	Des	F	Ten	Act	Pas	Ex
CG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EG_1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EG_2	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,430*	-	-

Thus, a number of features characterizing the aggression shows were revealed in male groups. With the disease course, the aggression shows become more heterogeneous. Formality of communication is increasing, the tendency to attach personal importance to neutral situations. In the mental structure of the personality, the compensatory relationships are formed. In men with the disease course of more than five years, with increasing aggressive tendencies, activity in relation to the physical environment decreases.

3.3. Results of psychodiagnostics of motivational sphere

This section presents the results of a research of the motivational sphere using Szondi test, a comparative analysis of the data obtained and their preliminary discussion (Khudjakova Yu. Yu., 2014, 2015). The quantitative composition of the participant groups in the research using Szondi test is shown in Table 21.

Table 21. Quantitative composition of the research participants using Szondi test, people, and% of the sample (in brackets).

	Control group (CG)	**First experimental group (EG_1)**	**Second experimental group (EG_2)**	**Total**
Female population	60 (30)	22 (11)	40 (20)	122 (61)
Male population	41 (20,5)	11 (5,5)	26 (13)	78 (39)
Total	101 (50,5)	33 (16,5)	66 (33)	200 (100)

Szondi test was used to evaluate motivational tendencies and their intensity. The technique is a stimulus material of 48 portraits of people with eight types of mental disorders. The photos are grouped into six series, each of which presents eight factors. The researcher consistently presents six series of stimulus material, laying out photos in a certain sequence in front of the subject. The objective of the subject is to choose two photos in each series — attractive and unattractive. This procedure is repeated every time each new series is presented — there are only 6 of them. The selected portraits are registered according to the sequence number of each portrait from 1 to 8 and the code of each portrait reflecting its factor value. The obtained quantitative indicators of the test (the number of selected portraits, both preferred and rejected in total) were assigned a rank (from 1 to 8). The selected rank is a quantitative characteristic of the intensity of a particular need.

The average number of portraits for each factor is 3. We will consider the most stressful needs to be those whose rank exceeds the specified value.

The research results in the female population. The results of women in CG, EG_1 and EG_2on the level of intensity of motivational personal factors are presented in the Table 22.

Table 22. Tension level of motivational personality factors in groups of women.

Groups			Motivational factors							
			h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
Average values	**CG**	**x**	**3,2**	2,7	2,8	**3,0**	2,8	2,5	2,9	**3,7**
		q	1,3	1,2	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	1,3
	EG_1	**x**	2,9	2,7	**3,2**	**3,4**	**3,0**	2,6	2,7	**3,2**
		q	1,1	1,3	1,3	1,2	0,9	1,3	1,3	1,3
	EG_2	**x**	**3,1**	**3,3**	**3,0**	**3,1**	2,9	2,2	**3,2**	2,9
		q	1,3	1,0	1,3	1,0	1,4	1,2	1,1	1,2
Differencies	**CG- EG_1**		—	—	—	—	—	—	—	—
	CG- EG_2		—	847,5**	—	—	—	—	—	839**
	EG_1-EG_2		—	305*	—	—	—	—	—	—

Note: x – averagevalues;**q –** standard deviation; * p<0,05; **p<0,01

In the control group of women (CG), the most intense and urgent are the need for tenderness and motherhood (h), passivity (h), the desire to be a woman (h), the need for attachment to the acquired object (m), preservation of the acquired object (m), and demonstrativeness (hy).

In the first experimental group of women (EG_1), as in CG of women, the needs for demonstrativeness (hy), attachment to the acquired object (m), and preservation of the acquired object prevail (m). In addition, the need to accumulate gross affects (e) and to limit Ego (k) is relevant. EG_1 is homogeneous in terms of the need to limit Ego, which is indirectly indicated by the standard deviation indicator.

There were no significant differences in the intensity of motivational personal factors when comparing CG and EG_1.

In the second experimental group, the intensity of all motivational personal factors is noted, except for Ego sphere (k, p). Compared with CG, EG_2 women significantly reduced the intensity of the need for attachment to the object (m) (U=839, p<0.01). In EG_2 women, the motivational personal aggression factor (s) is most

pronounced compared to women of CG and EG_1. In EG_2 women, it is higher than in CG women ($U=847.5$, $p<0.01$) and then in EG_1 women ($U=305$, $p<0.05$)

An additional correlation analysis of the relationships of the motivational personality factor of aggression (s) and other motivational personality factors was carried out. The correlation analysis demonstrates methods of aggression regulation in the presented groups.

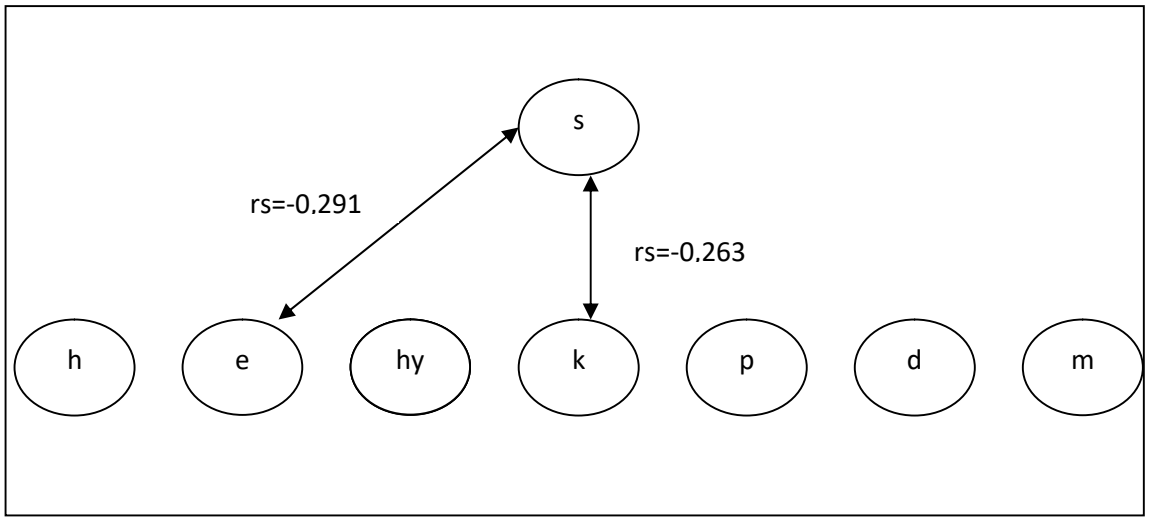


Fig. 3. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in women's CG

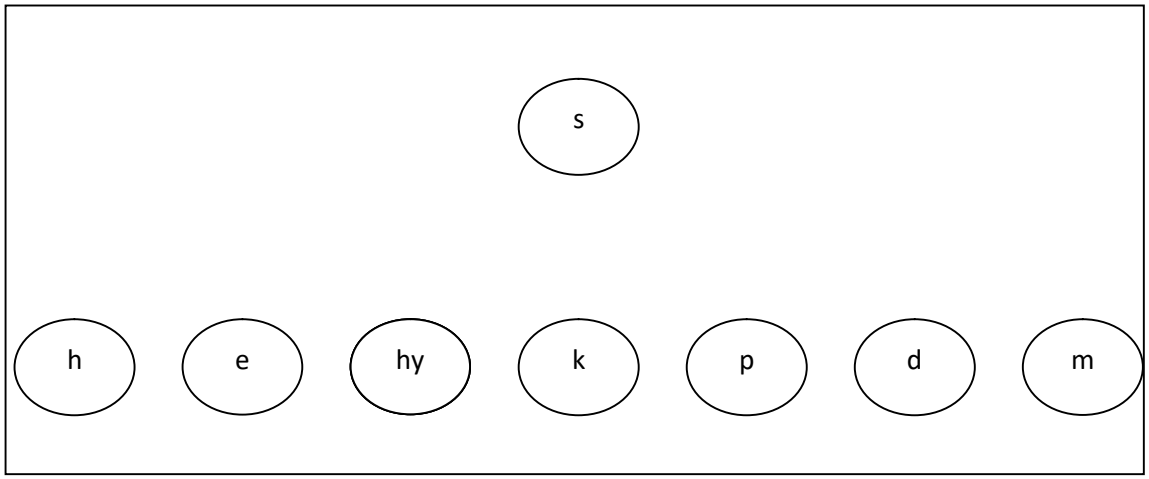


Fig. 4. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in EG_1 women

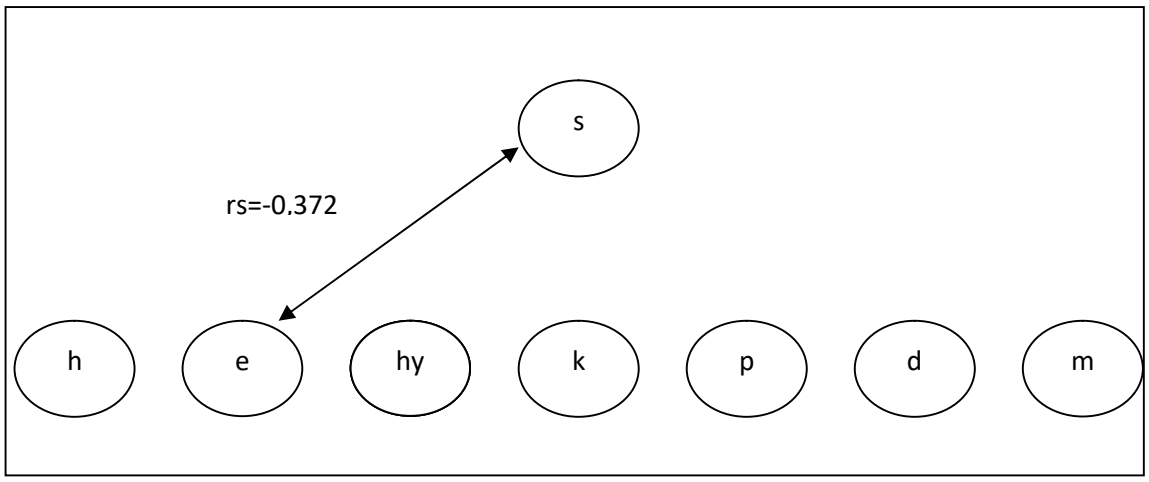


Fig. 5. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in EG_2women

The women in the control group (CG) have soft character traits, warmth, tenderness, passivity, a desire to be led, and receive gifts. They are sentimental, flirtatious, suggestible, gullible, strive to be attached to any particular person, afraid to lose the object of attachment, strive to maintain their existing, have a cheerful disposition, friendly, good-natured, sociable, wayward, changeable, fickle, capricious. In addition, conditionally healthy women are conceited, ambitious, strive to get approval, show themselves, wish to be liked by others and be popular, passionate about fantasies, prone to complaints and expressing discontent. Their aggressive tendencies at the motivational level are regulated by the ethical motivational factor (which includes conscience, religiosity, the prohibition of murder, morality, the pursuit of justice) and the motivational factor of narrowing the self (which is shown by denial, suppression, repression, adaptation).

The women of the first experimental group (EG_1), as well as conditionally healthy women, are sentimental, flirtatious, suggestible, trusting, tend to be attached to a particular person, are afraid of losing the object of affection, strive to preserve what is available, are vain, ambitious, seek to get approval, demonstrative, want to please others and be popular, are passionate about fantasy, are prone to complaints and expressions of discontent. At the same time, they tend to accumulate gross affections, are more envious, jealous, vindictive, malicious, ruthless, insensitive, conscientious, and have an ethical orientation. They are more introverted, egoistic, self-centered, narcissistic,

power-seeking, obsessive about order, pedantic, stubborn, and prone to becoming isolated. These features reflect the dissociation of the motivational sphere of EG_1 women, where there are elements of polar personal structures (demonstrative, schizoid). In EG_1, the regulation of aggressive tendencies is difficult due to the dissociation of the mental structure.

In the second experimental group of women (EG_2), there is a tension of all motivational factors, except for Ego sphere, which is an indirect sign of disharmony of the mental structure. They have reduced the intensity of the need for attachment to the object. The motivational personal factor of aggression is more pronounced than in women of other groups. In EG_2 women, aggressive tendencies are regulated only by an ethical motivational factor, which, against the background of the formality of the activity, is shown by pseudo-religion, reasoning on the topics of good and evil. The motivational ethical factor is also manifested by the explosive nature of affects, the tendency to accumulate gross affects: hatred, jealousy and vindictiveness.

The research results in the male population. The men result of CG, $EG_1$and EG_2 on the level of intensity of motivational personal factors are presented in the Table 23.

Table 23. Tension level of motivational personality factors in groups of men.

Groups		Motivational factors								
			h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
Average values	**CG**	**x**	**3,1**	**3,1**	2,8	2,8	2,7	2,9	2,6	**3,8**
		q	1,1	0,9	1,09	1,1	1,2	1,2	1,3	1,0
	EG_1	**x**	**3,8**	2,7	**3,0**	**3,0**	2,0	2,6	**3,3**	**3,2**
		q	0,9	1,0	0,7	1,2	0,7	0,6	1,2	1,1
	EG_2	**x**	**3,6**	**3,2**	2,6	2,9	**3,1**	2,5	2,6	**3,3**
		q	1,2	1,4	1,1	1,05	1,3	1,2	1,2	1,2
Differencies	**CG - EG_1**		—	—	—	—	—	—	—	—
	CG - EG_2		—	—	—	—	—	—	—	—
	EG_1- EG_2		—	—	—	—	73,5*	—	—	—

Note: x – averagevalues;**q –** standard deviation; * p<0,05; **p<0,01

In men, the most stressful and urgent are the need for activity (s), tenderness (h), attachment to the acquired object (m), preservation of the acquired object (m), and the desire to be a man (s).

In EG_1men, the most intense and urgent needs are tenderness (h), attachment to the acquired object (m), preservation of the acquired object (m), and demonstrativeness (hy). Also stressful is the need to accumulate gross affects (e), to «stick» to the object (d).

In EG_2 men, the need for narrowing Ego (k) is stressful. The motivational personal self-limiting factor (k) in EG_2 it is higher than in EG_1 ($U=73.5$, $p<0.05$).

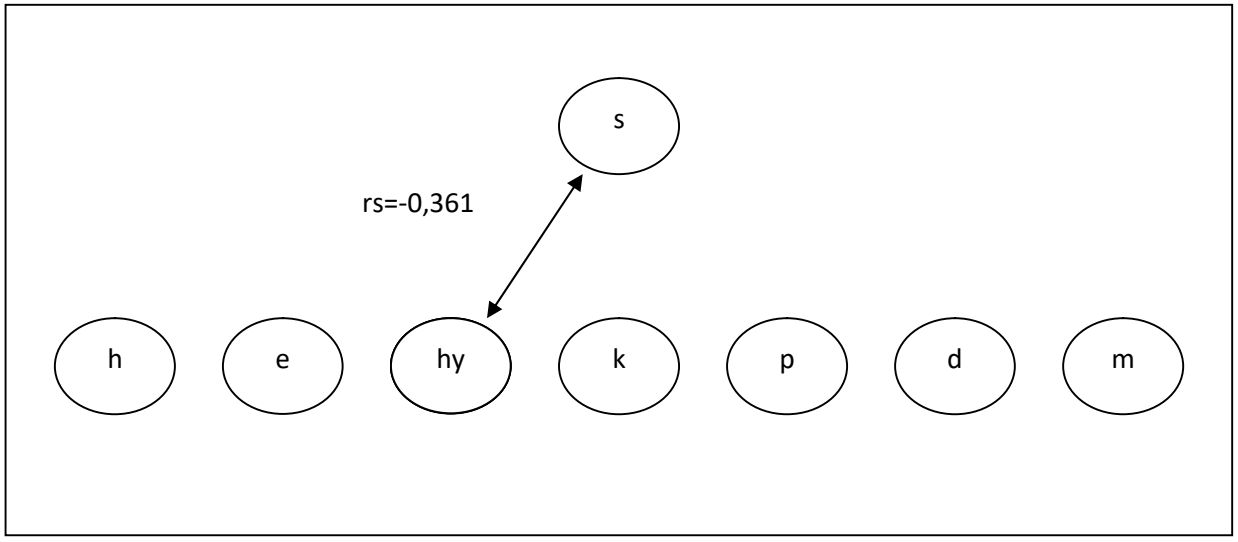


Fig. 6. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in men's CG

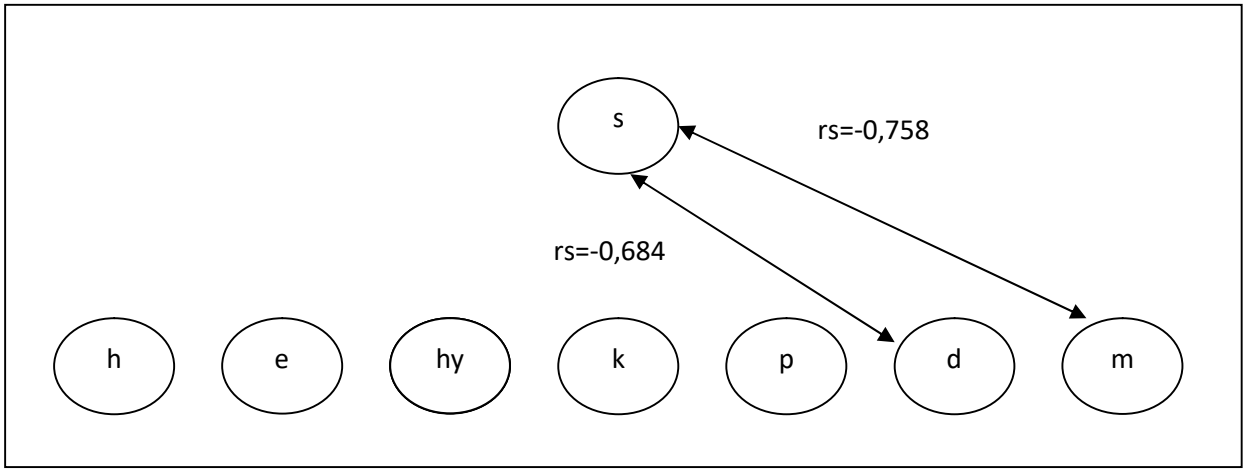


Fig. 7. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in EG_1 men

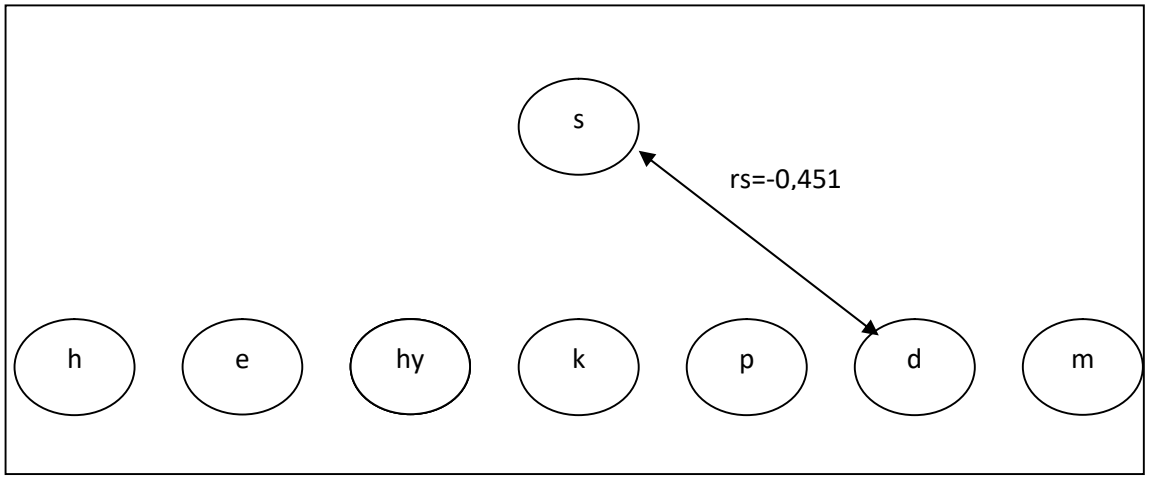


Fig. 8. Correlations of motivational personal aggression factor (s) with other motivational factors in EG_2 men

Men in the control group (CG) are offensive, energetic, active, persistent, persistent, self-confident, striving for activity, want to manage a partner, and tend to be soft, gentle, cordial. They, like conditionally healthy women, strive to be attached to any particular person, they are afraid to lose the object of attachment, they want to keep what they have, they have a cheerful disposition, are friendly, good-natured, sociable and wayward. In CG man, aggression is regulated by a moral motivational factor (desire to hide, shame).

Men of the first experimental group (EG_1) have soft character traits, cordiality, tenderness, passivity, and a desire to be led. They are sentimental, flirtatious, suggestible, trusting, tend to be attached to a particular person, are afraid of losing the object of affection, strive to preserve what is available, have a cheerful disposition, are friendly, good-natured, sociable, wayward, changeable, fickle, capricious. In addition, they are vain, ambitious, eager to get approval, demonstrate themselves, want to please others and be popular, are passionate about fantasy, prone to complaints and expressions of discontent. They are characterized by thrift, inertia, rigidity, and a tendency to get stuck in certain states. Compared with conventionally healthy men, they tend to accumulate gross affections, are more envious, jealous, vindictive, malicious, ruthless, insensitive, conscientious, and have an ethical orientation. But they are more passive, less offensive and persistent. In EG_1 men, aggression is regulated by the

motivational factor of adhesion and constancy (which is shown by the desire for constancy, immutability, sticking to parents, commitment to an idea) and the motivational factor of attachment (which is shown by the desire to join the object). EG_1 men with an increase in mental stress tend to infantile symbiotic relationships.

In men of the second experimental group (EG_2), the most intense is the motivational factor of Ego narrowing (k) (which is shown by denial, suppression, crowding out).EG_2 men are more introverted, selfish, self-centered, narcissistic, striving for power, obsessively striving for order, pedantic, stubborn, inclined to deny everything, to isolate themselves. EG_2 men regulate aggression only with the help of the motivational factor of adhesion and constancy.

Thus, the conducted research of the motivational structure by Szondi test allows us to draw a number of preliminary conclusions. Conditionally healthy women want to show themselves, keep the object of affection, be gentle, feminine. Conditionally healthy men, like conditionally healthy women, feel the need to maintain the object of attachment, while they are courageous, more active, assertive. Differences in the features of the regulation of aggression are revealed: men tend to hide their own aggressive tendencies, feel shame, women tend to limit themselves, be guided by ethical standards.

For patients with schizophrenia lasting less than five years, women and men are characterized by an increase in hostility, a tendency to accumulate negatively coloured experiences, and high affective rigidity. In addition, women have a dissociated motivational structure with difficult regulation of aggression, a high focus on self-restraint. Men tend to regulate aggression by establishing infantile symbiotic relationships.

In patients with schizophrenia with the disease course of more than five years, features of the regulation of aggression were revealed. In women, regulation is carried out only through ethical norms, in men - «sticking» to the object of attachment, rigidity and inertia. The motivational structure of women is disharmonious. In women, with the course of the disease, there is a decrease in the intensity of the need for attachment and an increase in aggression at the motivational level. In men with the disease, the

motivational structure comes in line with the motivational structure of a healthy against a backdrop of increased intensity of protective mechanisms, which likely reflects the formation of normative self-image within the framework of a mental disorder.

3.4. Research results of aggression implementation types

This section presents the research results of aggression realization forms obtained using Ego structural test of Ammon, a comparative analysis of the data obtained and their preliminary discussion. The quantitative composition of the participant groups is given in Table 24.

Table 24. Quantitative composition of the research participants using Ego structural test of Ammon, people and% of the sample (in brackets).

	Control group (CG)	**First experimental group (EG_1)**	**Second experimental group (EG_2)**	**Total**
Female population	60 (31,9)	21 (11,2)	34 (18,0)	115 (61,1)
Male population	39 (20,7)	12 (6,4)	22 (11,7)	73 (38,9)
Total	99 (52,6)	33 (17,6)	56 (29,7)	188 (100)

The research results in the female population. To correctly discuss the results of patients, the interpretation based on the results obtained in the control group of relatively healthy participants in the research was taken. The results of the control group of women are given in Table 25.

In the control group (CG), the predominance of constructive aggression should be noted (Table25).

In the first experimental group (EG_1), the average values (x) allow us to note their homogeneity for three forms of aggression. In comparison with CG, EG_1 has a significantly higher deficient component ($U=295.5$, $p<0.01$). In terms of aggression, EG_1 exceeds CG ($U=428.5$, $p<0.05$). These features of aggression are shownin high

scarcity and destructiveness of central personal formations (sexuality, narcissism, anxiety, outerEgo demarcation, innerEgo demarcation) in comparison with CG.

Table 25. Differences in the constructive, destructive and deficient components of central personality formations in groups of women.

Psychological characteristics	Average value			Differencies (Mann-Whitney U-test)
	CG (n=60)	EG_1 (n=21)	EG_2 (n=34)	
Constructive aggression	7,7	7,3	7,8	
Destructive aggression	4,7	6	5,3	
Deficientaggression	4,2	6,7	5,7	CG/EG_1**, CG/EG_2*
Aggression level	16,7	20	19	CG/EG_1*,CG/EG_2*
Constructive sexuality	6,90	5,55	5,09	CG/EG_2*
Destructive sexuality	2,97	3,80	4,09	
Deficient sexuality	2,53	4,05	4,63	CG/EG_2**, CG/EG_1*
Constructive narcissism	7,90	6,60	7,06	CG/EG_1*
Destructive narcissism	3,25	5,70	5,17	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Deficient narcissism	2,72	5,75	5,77	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive anxiety	7,08	7,05	6,97	
Destructive anxiety	2,78	5,25	4,63	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Deficient anxiety	3,17	4,80	5,34	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive outerEgo demarcation	7,48	7,05	7,34	
Destructive outerEgo demarcation	4,12	5,85	6,17	CG/EG_2**, CG/EG_1**
DeficientouterEgo demarcation	4,78	6,10	5,83	CG/EG_2*, CG/EG_1*
Constructive inner demarcation	8,95	8,10	8,11	
Destructive inner Ego demarcation	4,05	5,10	5,37	CG/EG_2**
Deficient inner Ego demarcation	5,20	8,30	7,06	CG/EG_2**, CG/EG_1**

Symbols:**-** confidence level $p < 0.01$; * - confidence level $p < 0.05$.

Thus, in women of the control group (CG), the constructive variant of aggression implementation prevails. They easily converge with people, they have a lot of energy, they are curious and active. They are active, initiative, open and creative. They are able to establish productive interpersonal contacts and to maintain them in spite of possible contradictions. They are able to form their own life purposes and objectives and implement them even in adverse life circumstances. They have and defend their ideas, opinions, and points of view. They are engaged in constructive discussions. They have a

developed empathic ability, a wide range of interests and a rich fantasy world. They can openly show their emotional experiences.

In women of the experimental groups (EG_1 and EG_2), compared with women of the control group, the deficient component of aggression is increased, with underdevelopment of the central personal formations.

The research results in the male population. The results obtained in the control group of healthy men are shown in Table 26.

Table 26. Differences in the constructive, destructive and deficient components of central personality formations in groups of men.

Psychological characteristics	Average value			Differencies (Mann-Whitney U-test)
	CG	EG_1	EG_2	
	(n=39)	(n=12)	(n=22)	
Constructive aggression	8,2	7,5	8,4	
Destructive aggression	4,2	5,3	5,9	CG/EG_2*
Deficientaggression	2,9	5,3	5,8	CG/EG_1*,CG/EG_2**
Aggression level	15,5	18,3	20,2	CG/EG_2**
Constructive sexuality	7,60	8,58	7,72	
Destructive sexuality	4,40	4,95	3,67	
Deficient sexuality	3,33	3,74	1,54	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive narcissism	7,73	7,84	7,08	
Destructive narcissism	4,13	5,26	2,56	CG/EG_2**
Deficient narcissism	4,40	5,37	1,54	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive anxiety	7,13	8,00	7,05	
Destructive anxiety	4,67	4,74	1,38	CG/EG_1**
Deficient anxiety	6,07	5,79	3,28	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive outerEgo demarcation	7,13	7,58	7,62	
Destructive outerEgo demarcation	4,47	5,32	3,21	CG/EG_2**
DeficientouterEgo demarcation	5,67	5,63	3,08	CG/EG_2**, CG/EG_1**
Constructive inner demarcation	8,87	8,84	8,97	
Destructive inner Ego demarcation	4,80	4,58	3,36	CG/EG_1*
Deficient inner Ego demarcation	7,53	6,89	4,13	CG/EG_2**, CG/EG_1**

Symbols:-** confidence level $p < 0.01$; * - confidence level $p < 0.05$.

It should be noted the heterogeneity of the results obtained on three scales (x) in the control group (CG) – in healthy men, the constructive form of aggression is predominant, the destructive form is second in severity, and the deficient form is third (Table 26).

In the first experimental group (EG_1), the deficient component of aggression is higher than in CG ($U=121.5$, $p<0.05$). At the same time, high deficient indicators of sexuality, narcissism, anxiety, outerEgo demarcation, innerEgo demarcation and destructive components of anxiety, outerEgo demarcation are determined in comparison with CG.

In the second experimental group (EG_2), the destructive ($U=270$, $p<0.05$) and deficient ($U=187$, $p<0.01$) components are higher than in CG. in terms of aggression, EG_2 exceeds CG ($U=228$, $p<0.01$). These features of aggression are shown high scarcity and destructiveness of central personal formations (sexuality, narcissism, anxiety, outer Ego demarcation, inner Ego demarcation) in comparison with CG.

In the control group of men (CG), the constructive variant of aggression implementation prevails. In men of experimental groups ($EG_1$and EG_2), in contrast to men of the control group, high deficient and destructive components of aggression are determined, shownin the underdevelopment of central personal formations.

Thus, in groups of healthy individuals, the results were obtained that indicate the predominance of a constructive variant of aggression. In groups of patients with schizophrenia, an increase in the deficit component of aggression is determined, with the underdevelopment of central personal formations.

3.5. Aggression types of schizophrenic patients

In order to research the types of aggressiveness of patients with schizophrenia, we conducted a cluster analysis, the objective of which was to group patients with schizophrenia into groups relatively homogeneous in terms of biological, social, and

psychological parameters. The biopsychosocial characteristics of 87 subjects who completed all the proposed tasks were subjected to hierarchical cluster analysis, the results of which determined the possibility of dividing the subjects into three groups. Then a cluster analysis was applied using K-means method, divided into three groups. The reliability of differences in biopsychosocial characteristics was determined using Pearson correlation coefficient for the nominative scale and Mann-Whitney U-test for the rank scale.

The biological and social characteristics of patients with schizophrenia in three groups are presented in Table 27.

Table 27. Biosocial characteristics of patients with paranoid schizophrenia, depending on the types of aggression implementation.

Biosocial characteristics		**Number of patients in groups, people and in% of the sample (in brackets)**			**Differencies**
		Group 1 (n=29)	Group 2 (n=25)	Group 3 (n=33)	
Arrival reason	primary	5 (17)	2 (8)	6 (18)	
	repeated	27 (83)	27 (92)	27 (82)	
Personality changes	pronounced defect	14 (48)	18 (72)	14 (43)	2/3*
	moderate defect	4 (14)	2 (8)	11 (33)	
	emotional-volitional reduction	5 (17)	3 (12)	1 (3)	
	examinationfor less than a year	6 (21)	2 (8)	7 (21)	
Treatment type	paroxysmal	6 (21)	4 (16)	12 (36)	
	continuous	18 (62)	20 (80)	16 (49)	2/3*
Course	less than 5 years	14 (48)	6 (24)	11 (33)	
	more than 5 years	15 (52)	19 (76)	22 (67)	
Leading syndrome during the research	hallucinatory-paranoid	16 (55)	17 (68)	20 (61)	
	paranoid	2 (7)	2 (8)	5 (15)	
	affective-paranoid	6 (22)	4 (16)	5 (15)	
	dysphrenic	1 (3)	0 (0)	1 (3)	
	hypomanic	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
	psychopathic	3 (10)	2 (8)	1 (3)	
	astheno-subdepressive	0 (0)	0 (0)	1 (3)	
Gender	female	16 (55)	17 (68)	21 (64)	
	male	13 (45)	8 (32)	12 (36)	
Age	Adolescence (13-19)	1 (3)	0 (0)	1 (3)	
	Youth (19-35)	2 (6)	4 (16)	3 (9)	
	Adulthood (35-60)	26 (91)	21 (84)	30 (88)	
CCT in history	present	0 (0)	1 (4)	0 (0)	
	absent	29 (100)	24 (96)	33 (100)	
Alcohol abuse	abused	4 (14)	4 (16)	3 (9)	
	not abused	25 (86)	21 (84)	30 (91)	
Work availability	work	5 (17)	4 (16)	6 (18)	
	not work	24 (83)	21 (84)	27 (82)	

Disability group	first group	1 (10)	5 (20)	2 (6)	
	second group	10 (35)	12 (48)	14 (42)	
	third group	2 (7)	0 (0)	0 (0)	
	no groups	14 (48)	8 (32)	17 (52)	
Education	secondary	11 (38)	11 (44)	12 (36)	
	secondary special	10 (34)	6 (24)	11 (34)	
	high	8 (28)	8 (32)	10 (30)	
Family status	married	6 (21)	0 (0)	6 (18)	1/2*,2/3*
	not married	19 (65)	21 (84)	27 (82)	
	divorced	4 (14)	4 (16)	0 (0)	1/3*, 2/3*
Place of residence	flat	29 (100)	24 (96)	33 (100)	
	BUM	0 (0)	1 (4)	0 (0)	
Accommodation conditions	independent	2 (7)	2 (8)	2 (6)	
	with parents	19 (66)	22 (88)	24 (73)	
	with family	8 (27)	1 (4)	7 (21)	1/2*
Aggressive behaviour according to catamnesis	present	9 (31)	8 (32)	5 (15)	
	absent	20 (69)	17 (68)	28 (85)	
SDA	present	3 (10)	2 (8)	1 (3)	
	absent	26 (90)	23 (92)	32 (97)	
Suicidal attempts	present	3 (10)	3 (12)	3 (9)	
	absent	26 (90)	22 (88)	30 (91)	

Symbols: **- confidence level p<0.01; * - confidence level p<0.05.

The vast majority of patients in all three groups lived together with their relatives, did not have their own family, did not work, did not have CCT in the history, and did not abuse alcohol.

The differences in the psychological characteristics of patients in three clusters are presented in the Table28.

Table 28. Psychological characteristics of patients in three clusters.

Psychological characteristics	**Cluster 1 (n=29)**		**Cluster 2 (n=25)**		**Cluster 3 (n=33)**		**Differences (Mann-Whitney U-test)**		
							Clusters 1 and 2	**Clusters 1 and 3**	**Clusters 2 and 3**
	x	**σ**	**x**	**σ**	**x**	**σ**			
Behavioral component	23,59	5,56	27,28	5,78	21,67	6,63	240,5*		226,0**
Cognitive component	25,72	5,89	28,00	3,79	21,36	5,48		252,0**	123,0**
Emotional component	21,62	5,83	19,84	5,03	15,21	5,62		227,5**	236,0**
General aggression	70,93	12,54	75,12	8,59	58,24	11,87		195,0**	97,5**
Eros-factor	3,66	1,17	2,92	1,29	3,24	1,25			
Thanatos-factor	3,14	1,41	3,08	1,26	3,09	1,21			
Ethics-factor	2,93	1,13	3,04	1,31	3,09	1,38			
Moral-factor	3,10	1,01	2,80	1,32	3,33	1,11			
Ego-sistole factor	2,41	1,05	3,40	1,19	3,00	1,37	190,5**		
Ego-diastolefactor	2,59	1,15	2,56	1,39	2,18	1,16			
Seeking and retaining object factor	3,00	1,36	3,04	1,24	3,09	1,04			
Attachment factor	3,17	1,00	3,12	1,48	3,03	1,21			
Constructive aggression	5,52	2,34	10,32	2,08	7,94	2,69	44,0**	229,5**	194,0**
Destructive aggression	6,48	2,05	7,92	2,25	3,03	1,94	237,5**	110,0**	40,0**
Deficient aggression	7,55	2,29	7,20	2,48	3,55	1,89		90,5**	106,5**

Aggression level	19,55	4,00	25,44	4,21	14,52	3,95	110,5**	179,5**	18,0**
Constructive sexuality	6,00	3,27	9,08	3,26	4,85	4,56	166,5**		190,5**
Destructive sexuality	4,48	2,68	6,64	3,05	2,24	2,03	214,0**	243,0**	102,0**
Deficient sexuality	4,59	2,78	4,76	2,83	2,97	2,40		313,5*	262,5*
Constructive narcissism	5,79	2,16	9,68	1,63	6,73	2,63	50,5**		137,5**
Destructive narcissism	6,24	2,23	6,28	2,26	3,30	2,08		155,5**	133,0**
Deficient narcissism	6,41	2,35	6,88	3,18	3,45	2,39		184,5**	166,5**
Constructive anxiety	6,62	1,99	9,24	1,61	6,36	2,58	113,0**		150,0**
Destructive anxiety	6,28	2,12	5,80	2,43	2,67	1,90		101,5**	124,5**
Deficient anxiety	6,59	2,24	7,12	3,03	3,06	1,92		105,0**	102,0**
ConstructiveouterEgodemarcation	6,21	2,06	8,52	1,76	7,48	2,33	141,5**	303,5*	
DestructiveouterEgodemarcation	6,07	2,02	6,88	2,13	4,24	2,24		267,5**	164,0**
DeficientouterEgodemarcation	6,41	2,38	7,68	2,04	3,76	2,14		139,5**	61,0**
ConstructiveinnerEgodemarcation	6,97	1,72	9,64	1,78	8,73	2,34	102,5**	227,0**	
DestructiveinnerEgodemarcation	5,97	1,95	5,92	2,58	3,58	2,35		221,0**	211,0**
DeficientinnerEgodemarcation	8,90	2,68	9,12	1,92	4,55	2,09		110,0**	48,0**
Aggression	10,83	7,81	9,24	7,57	8,36	7,44			
Communication	21,79	9,80	15,56	8,93	18,61	15,39	235,0*		
Active impersonal responses	17,76	13,38	24,36	19,25	16,94	10,83			

Symbols:x – averagevalue; σ – standard deviation; **- confidence level p<0.01; * - confidence level p<0.05.

The **first group** included 29 patients, 48% of whom have a pronounced personality defect. Depending on the type of the disease course, the group is represented by 62% of the patients with a continuous course type. Among the first group of patients, 83% do not work, and 52% are disabled.

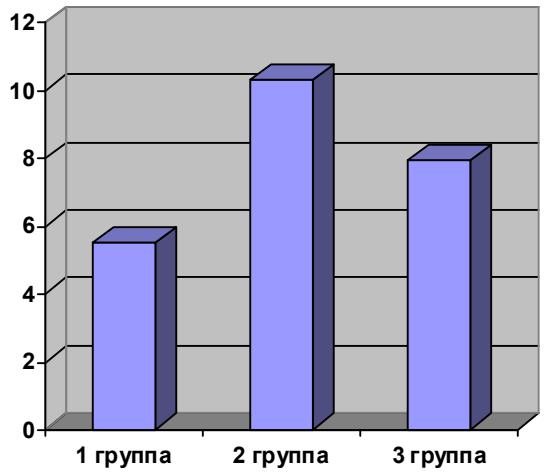
The patients of the first group are characterized by relative homogeneity of behavioural (23.59±5.56), cognitive (25.72±5.89) and emotional (21.62±5.83) aggression components.

The structure of personality is dominated by the deficientaggression component (7.55±2.29), narcissism (6.41±2.35), and innerEgo demarcation (8.90±2.68). The representatives of the first group are undifferentiated Ego view, a reduced ability to differentiate internal states and to distinguish them from external objects, insensitivity

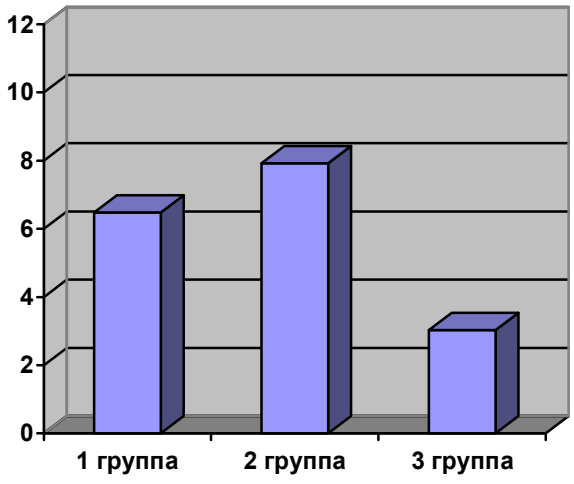
to their own needs and desires, inability to establish interpersonal contacts, low subject activity, a narrow range of interests, avoidance of confrontation, conflict, tendency to sacrifice their own interests, compensatory unrealistic fantasies, unfulfilled plans and dreams, a passive attitude, a sense of the futility of existence, the tendency to show compliance and dependence in interpersonal relationships.

The comparative analysis of psychological characteristics in different groups reveals that compared with the patients of the second and third groups, patients of the first group have an average level of aggression and activity (resp. $U=110.5$, $p<0.01$ and $U=179.5$, $p<0.01$) (Fig. 10). In the personality structure of the first group of patients, the deficient (7.55 ± 2.29) and destructive (6.48 ± 2.05) aggression components prevail over the constructive component (5.52 ± 2.34).

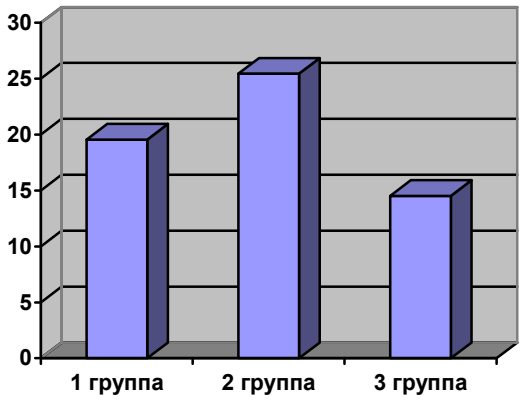
The patients of the first group in comparison with the patients of the second and third groups have the lowest constructive component of the innerEgo demarcation (resp. $U=102.5$, $p<0.01$, and $U=227.0$, $p<0.01$) and the outerEgo demarcation (resp. $U=141.5$, $p<0.01$ and $U=303.5$, $p<0.05$). Based on these characteristics, the first group as a whole can be designated as ***«a group of deficient personal structure with weak, diffuse boundaries»***.



Constructive agression



Destructive aggression



Aggression level

Fig. 10. Aggression characteristics in three groups

The **second group** included 25 patients, 72 % of whom had a pronounced personality defect. Depending on the disease course, the group is represented by 76% of patients with long-term schizophrenia, 24% were with the first attacks. 80% of patients had a continuous course. Among the third group of patients, 68% were disabled, and 16% were abused to alcohol. None of the patients in the third group were married, and 88% lived with parents. 32% of the patients in the third group had aggressive behaviour, and 12 % made suicidal attempts.

The personal structure of the patients in the second group was characterized by a predominance of the constructive aggression component (10.34 ±2.08), sexuality (9.08± 1.63), narcissism (9.68±1.63), anxiety (9.24±1.61), and outer Ego demarcation (8.52±1.76).

According to the comparative analysis of psychological characteristics, it is determined that the patients of the second group have the highest constructive aggression component in comparison with the patients of the first and third groups (resp. U=44,0, p<0,01 and U=194,0, p<0,01), sexuality (resp. U=166.5, p<0.01 and U=190.5, p<0.01), narcissism (resp. U=50.5, p<0.01 and U=137.5, p<0.05) and anxiety (resp. U=113.0, p<0.01 and U=150.0, p<0.01). At the same time, the patients of the second group have the highest destructive aggression component in comparison with the

patients of the first and third groups (resp. U=237.5, p<0.01 and U=40.0, p<0.01), the highest level of aggression, activity (resp. U=110.5, p<0.01 and U=18.0, p<0.01) and the highest behavioural aggression component (resp. U=240.5, p<0.05 and U=226.0, p<0.01). The second group as a whole can be designated as ***«a group with high activity and destructiveness»***.

The **third group** included 33 patients, 67% of whom had been ill for more than 5 years. Among the patients of the third group, 52% did not have a disability group, and 48% were disabled.

In the third group of patients, the personality structure was characterized by a predominance of the constructive aggression component (7.94±2.69), sexuality (4.85±4.56), narcissism (6.73±2.36), anxiety (6.36±2.58), outerEgo demarcation (7.48±2.33), and innerEgo demarcation (8.73±2.34). At the same time, we determined a low emotional aggression component (15.21±5.62), low intensity of motivational propensity to expand Ego, which reflected a low need for self-development (2.18±1.16).

The comparative analysis of psychological characteristics in different groups reveals that the patients of the third group, compared with the patients of the first and second groups, have the lowest destructive sexuality components (resp. U=243.0, p<0.01 and U=102.0, p<0.01), narcissism (resp. U=155.5, p<0.01 and U=133.0, p<0.01), anxiety (resp. U=101.5, p<0.01, and U=124.5, p<0.01), the outerEgo demarcation (resp. U=267.5, p<0.01, and U=164.0, p<0.01), innerEgo demarcation (resp. U=221.0, p<0.01 and U=211.0, p<0.01) and the lowest deficient components, sexuality (resp. U=313.5, p<0.05 and U=262.5, p<0.05), narcissism (resp. U=184.5, p<0.01 and U=166.5, p<0.01), anxiety (resp. U=105,0, p<0,01 and U=102,0, p<0,01), outerEgo demarcation (resp. U=139.5, p<0.01, and U=61.0, p<0.01) andinnerEgo demarcation (resp. U=110.0, p<0.01 and U=48.0, p<0.01).

Among the patients of the third group, compared with the patients of the first and second groups, there were the least divorced (0%).

The patients of the third group, in comparison with the patients of the first and second groups, have the lowest level of general aggression (resp. U=179.5 p<0.01 and U=18.0, p<0.01), the lowest level of destructive (resp. U=110.0 p<0.01 and U=40.0,

p<0.01) and deficient (resp. U=90.5, p<0.01 and U=106.5, p<0.01) aggression, with an average level of constructive aggression (resp. U=229.5, p<0.01 and U=194.0, p<0.01). In addition, the lowest emotional aggression component was determined in the patients with schizophrenia of the third group (resp. U=227.5 p<0.01 and U=236.0, p<0.01).

Thus, the patients of the third group have the lowest destructive and deficient components of the central personality formations, which reflects their more developed personal structure compared to patients of the first and second groups. Also, the patients of the third group are characterized by the lowest overall level of aggression, the lowest emotional aggression component. Based on these characteristics, the third group as a whole can be designated ***as «a group of formed personal structure with a low level of aggression and activity»***.

The types of aggression depending on the patient group are shown in Fig. 11.

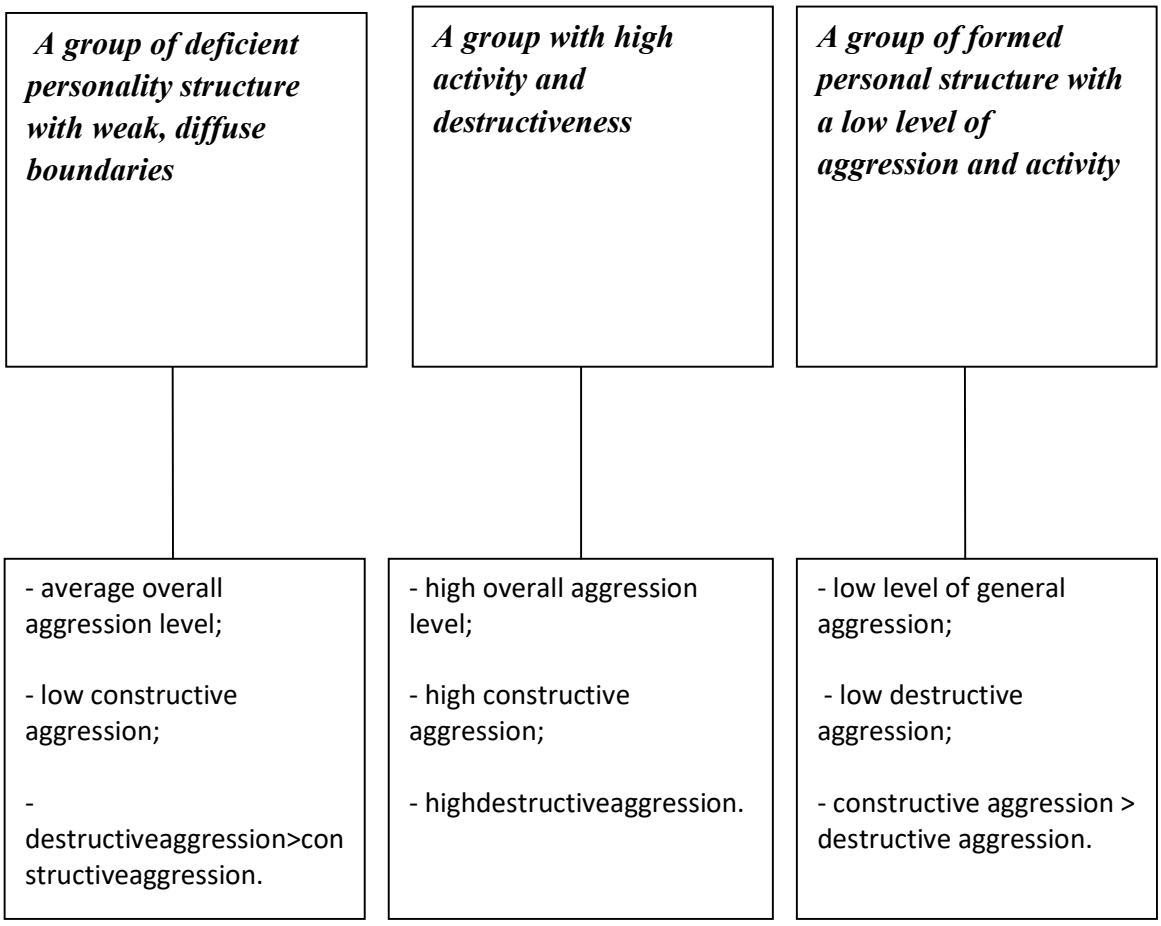


Fig. 11. Types of aggression depending on the group

Thus, we have obtained reliable data on three types of aggression in the patients with schizophrenia, which have a differential value in correctional psychotherapy practice.

3.6 Relation of biological, social, and psychological characteristics and types of functioning of outer Ego boundary in groups of schizophrenic patients and healthy individuals with different destructiveness levels

This section is devoted to the research of the relationship of destructive manifestations and interpersonal boundaries of patients with schizophrenia in comparison with healthy individuals (Khudjakova Yu. Yu., 2017). We find it interesting to research the role of accepting one's own destructiveness in the functioning of the interpersonal boundaries of schizophrenic patients.

The experimental research of human aggression is associated with certain difficulties: ethical restrictions and complexities of aggression mechanisms. This leads to the fact that most psychological studies of aggression have a forensic psychological orientation. Moreover, the aggressive behaviour is often studied through external evaluations, which reflects its social significance, but not its internal motives. The difficulty of detecting aggression by questionnaire methods is also determined. So, for example, according to research (Enikolopov S.N., Tsibulsky N.P., 2007; Chudova N.V., 2010; Chudova N.V., Chernushkina V.A., 2008), a person approves aggression in sports, cruelty in raising children, etc., if his own profession requires interaction with the aggressor and retaliatory aggression is authorized by society. In this case, the person connects the aggression used with the working conditions and does not notice any signs of aggression, remaining «invisible» to the aggressiveness questionnaires. So, in the descriptions of aggression, offer the subject a questionnaire on aggression, to know yourself will not be the one who is aggressive and one who displays an assessment of their behaviour from assumptions about their own aggression. According to S. N.

Enikolopov, the data obtained using questionnaires characterize the individual characteristics of the subject's perception of their own aggression.

The purpose of the cycle of work of S. N. Enikolopov in the field of the research of aggression was to create a model for a person to accept his own aggressiveness. The acceptance of one's own aggressiveness is a willingness to see oneself aggressive, that is, a tendency when answering questions to find signs of aggression in one's behaviour, feelings and opinions. The author notes that the rejection of awareness of their aggressiveness as a specific personal situation is detected when the results of the diagnosis of aggressiveness using questionnaire methods come into conflict with the data of projective techniques (Enikolopov S. N., 2011).

The purpose of this section was to research the acceptance of self-destructiveness. To achieve this goal, we selected two methods: Szondi test and Ego structural test of Ammon. Both methods contain scales that measure destructiveness. In this case, Szondi test is projective, and Ego structural test of Amon is a technique in the form of a questionnaire.

The subjects with schizophrenia and healthy individuals were divided into four groups according to the level of destructiveness. Two parameters formed the basis of the division. The first parameter is the level of destructiveness according to the projective method. The first parameter was measured using Szondi test and it was represented by the thanatos-factor(s). The second parameter is the level of destructiveness according to the questionnaire. It was measured on the scale«destructive aggression» of Ego structural test of Ammon. According to the first parameter, all subjects were divided into two groups: those with a low level of destructive drive intensity and those with a high level of destructive drive intensity. Then the subjects of each group were divided into two groups, taking into account the second parameter. Thus, the first group included subjects with low levels of destructiveness according projective techniques and according to the questionnaire, the second group included subjects with a low level of destructiveness according projective techniques and high level according to the questionnaire, the third group included subjects with a high level of destructiveness according projective techniques and low level according to the

questionnaire, the fourth group included subjects with a high level of destructiveness according projective techniques and questionnaire (Figure 12).

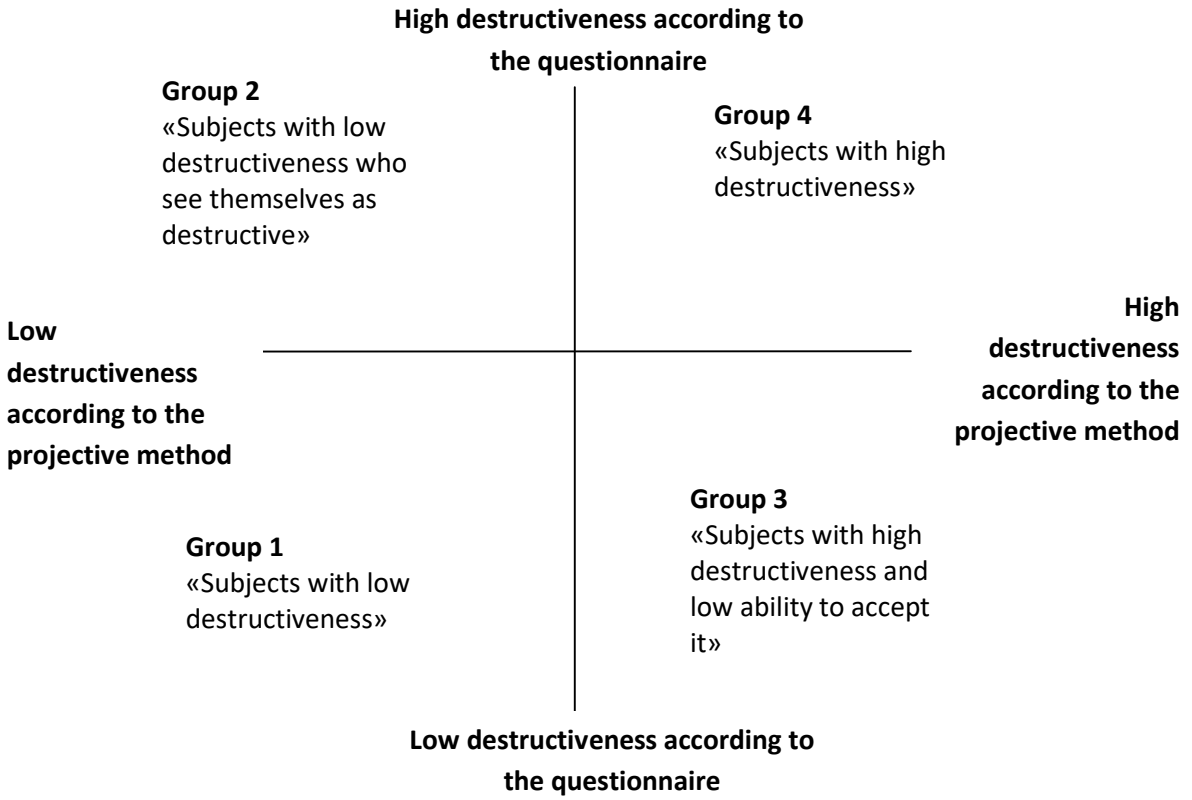


Fig. 12. Groups of subjects depending on the destructiveness characteristics

The quantitative composition of participants in four groups of the patients with schizophrenia is presented in Table 29.

Table 29. Quantitative composition of participants in four groups of patients with schizophrenia.

Groups	Total number of subjects	Female population	Male population
1	26	18	8
2	29	19	10
3	15	10	5
4	18	9	9
Total	88	56	32

The differences in the biopsychosocial characteristics of the four groups of patients with schizophrenia are presented in Table 29.

Table 30. Differences in the biopsychosocial characteristics of subjects from four groups of schizophrenic patients.

Biopsychosocial characteristics	Group 1 (n=26)		Group 2 (n=29)		Group 3 (n=15)		Group 4 (n=18)		Differencies (Kruskal – Wallis H-criterion)	
	x	σ	*x*	σ	*x*	σ	*x*	σ	Chi-Square	Asymp. Sig.
Behavioural component	20,9	7,2	24,3	6,3	17,8	4,9	27,4	4,2	12,505	**0,006**
Cognitive component	22,2	6,1	25,0	5,2	17,7	5,9	28,6	3,9	16,444	**0,001**
Emotional component	16,6	6,8	19,1	6,0	13,3	5,8	21,4	4,4	8,795	**0,032**
Eros-factor	3,5	1,2	3,1	1,1	2,3	1,2	3,5	1,5	3,464	0,326
Thanatos-factor	2,2	0,8	2,4	0,8	3,5	0,6	4,4	0,6	65,358	**0,000**
Ethnics-factor	3,5	0,9	3,0	1,1	1,9	1,7	2,9	1,2	5,749	0,124
Moral-factor	3,1	1,1	3,1	1,1	2,9	1,2	2,6	1,0	7,745	0,052
Ego-sistole factor	3,1	1,4	3,0	1,2	2,3	1,2	2,6	1,3	2,074	0,557
Ego-diastole factor	2,5	1,2	2,7	1,2	1,6	1,0	2,3	1,3	2,779	0,427
Seeking and retaining object factor	3,1	1,1	3,3	1,3	2,2	1,2	2,8	1,1	4,357	0,225
Attachment factor	3,0	1,3	3,3	1,2	2,3	1,1	3,0	1,2	1,833	0,608
Constructive aggression	7,5	2,9	8,6	3,0	6,2	2,4	7,2	3,7	2,895	0,408
Destructive aggression	3,2	1,7	8,0	1,8	2,3	1,5	7,8	2,1	65,822	**0,000**
Deficient aggression	4,9	2,6	7,7	2,5	3,7	3,2	5,9	2,7	16,453	**0,001**
Constructive sexuality	5,0	4,4	7,9	3,2	4,4	4,7	6,7	4,1	6,316	0,097
Destructive sexuality	2,7	2,4	5,7	3,1	2,7	3,2	5,1	2,9	15,432	**0,001**
Deficient sexuality	3,7	2,6	4,4	2,9	1,9	2,1	5,4	2,7	10,277	**0,016**
Constructive narcissism	6,7	2,6	7,9	2,4	5,4	3,2	7,4	2,8	3,889	0,274
Destructive narcissism	4,1	2,6	6,3	2,4	3,5	2,8	5,6	2,1	11,969	**0,007**
Deficient narcissism	3,6	2,5	7,0	2,8	3,8	3,1	6,4	3,0	18,336	**0,000**
Constructive anxiety	6,5	2,5	7,9	1,9	5,8	2,7	7,4	2,8	4,764	0,190
Destructive anxiety	3,4	2,4	6,4	2,3	3,0	2,1	5,1	2,8	20,510	**0,000**
Deficient anxiety	3,7	2,3	6,4	2,6	2,9	2,0	7,6	3,1	25,521	**0,000**
Constructive outer Ego demarcation	7,2	2,0	7,5	2,1	6,2	2,6	7,0	2,6	2,695	0,441
Destructive outer Ego demarcation	4,5	2,3	6,8	1,9	3,8	2,5	6,1	2,3	15,661	**0,001**
Deficient outer Ego demarcation	4,3	2,3	7,6	2,1	3,7	2,7	6,2	3,0	25,459	**0,000**

Constructive inner Ego demarcation	8,2	2,4	8,5	1,9	7,3	2,2	7,8	2,5	5,015	0,171
Destructive inner Ego demarcation	4,6	2,7	5,9	2,3	3,3	2,6	5,2	2,5	5,746	0,125
Deficient inner Ego demarcation	5,4	2,8	9,4	2,0	5,0	3,5	7,8	2,9	24,182	**0,000**
Aggression	7,7	7,8	9,5	6,4	9,1	7,4	10,3	9,0	2,991	0,393
Directiveness	5,9	6,3	6,1	4,9	2,6	6,5	6,6	6,6	5,914	0,116
Comminacation	14,8	10,6	19,4	9,9	18,8	18,1	19,4	10,0	4,120	0,249
Affection	8,2	9,5	7,9	9,0	4,1	6,8	7,7	6,5	1,884	0,597
Dependency	6,1	6,6	8,6	8,1	6,8	10,3	7,6	6,1	1,595	0,661
Crippling	3,5	7,2	1,1	2,2	2,9	5,2	0,6	1,3	4,273	0,233
Description	16,0	18,3	6,9	9,6	6,9	9,6	10,5	10,2	4,558	0,207
Fear	2,0	4,2	1,2	2,9	0,4	1,4	0,8	2,2	1,703	0,636
Tension	0,8	2,1	1,3	2,8	0,0	0,0	0,6	2,4	4,646	0,200
Active impersonal responses	15,7	8,3	23,6	17,5	14,4	15,3	18,4	15,4	2,278	0,517
Passive impersonal responses	7,8	14,0	4,5	5,5	5,4	5,9	6,0	9,5	1,924	0,588
Exhibitionism	12,1	11,9	9,9	9,7	7,7	7,6	11,1	11,4	0,249	0,969
Age	40,0	12,6	32,4	8,5	32,5	12,2	34,6	5,7	7,684	0,053
Disease course	10,5	9,7	9,3	8,7	8,7	7,0	13,3	5,3	5,592	0,133
Defect	1,9	1,2	1,8	1,3	1,7	1,1	2,7	0,6	6,413	0,093
Education	2,1	0,8	2,1	0,8	1,5	0,8	1,4	0,7	8,060	**0,045**
Disability	0,8	1,0	1,0	1,1	0,9	1,1	1,7	1,0	7,264	0,064
Number of funding sources	0,7	0,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,6	2,363	0,501
Residence	2,3	0,6	2,2	0,5	1,8	0,6	2,2	0,6	1,833	0,608
Experience of living in family	1,5	0,8	1,4	0,7	1,1	0,7	1,3	0,7	0,857	0,836

Symbols: x – averagevalue; σ – standard deviation.

We considered the differences in the biopsychosocial characteristics of the subjects of four groups of the patients with schizophrenia. The subjects of **the first group** (with low destructiveness) are the most educated relative to the subjects of the other three groups ($H=8,060$, $p<0.05$).

The subjects of the **second group** (with low destructiveness, who see themselves as destructive) are characterized by a deficient personal structure. They are characterized by the highest indicators of the destructive aggression component ($H=65,822$, $p<0.01$), narcissism ($H=11,969$, $p<0.01$), anxiety ($H=20,510$, $p<0.01$), outerEgo demarcation ($H=15,661$, $p<0.01$) and deficientaggression component ($H=16,453$, $p<0.01$), narcissism ($H=18,336$, $p<0.01$), outerEgo demarcation ($H=25,459$, $p<0.01$) and inner Ego demarcation ($h=24,182$, $p<0.01$).

For the subjects of the **third group** (subjects with high destructiveness and low ability to accept it), the lowest values on the scales of sexuality are characteristic. It is noteworthy that there is a large spread of indicators on the scales of sexuality. The standard deviation confirms the low consistency of the survey results on the specified scales. In this regard, we considered the individual indicators of the subjects on the scales of sexuality (Table 31). Very low indicators on all three scales of sexuality of subjects draw attention to 2, 3, 4, 8, 9. The subjects 5, 6 are characterized by a predominance of the destructive sexuality component. The subjects 6, 10 are characterized by a low constructive aggression component. Based on these features, this group can be called «a group of subjects with undifferentiated sexuality».

Table 31. Individual indicators of subjects on the scales of sexuality in the third group of patients with schizophrenia.

Subject	Constructive sexuality	Destructive sexuality	Deficient sexuality
1	6	6	6
2	***0***	***0***	***1***
3	***0***	***1***	***0***
4	***4***	***2***	***3***
5	8	10	6
6	2	6	2
7	12	4	1
8	***1***	***1***	***3***
9	***0***	***1***	***2***
10	3	3	5
11	13	10	0
12	5	0	5
13	11	4	1
14	7	2	0
15	12	2	2

The subjects of the **fourth group** (with high destructiveness) are characterized by the highest intensity of the desire for destruction. They are more likely than representatives of other groups to see signs of aggression in their behaviour ($H=12,505$, $p<0.01$), opinions ($H=16,444$, $p<0.01$), and experiences ($H=8,795$, $p<0.05$). In addition, they have the highest indicator of deficient anxiety ($H=25, 521$, $p<0.01$), which indicates that they are intolerant of experiences associated with mental reflection of danger.

We considered the differences in the psychological characteristics of four groups of healthy subjects. The quantitative composition of participants in four groups of healthy individuals is presented in the Table 32.

Table 32. Quantitative composition of participants in four groups of healthy individuals.

Groups	Total number of subjects	Female population	Male population
1	17	13	4
2	17	13	4
3	34	17	17
4	31	17	14
Total	99	60	39

The differences in the biopsychosocial characteristics of the subjects of four groups of healthy individuals are presented in Table 33.

Table 33. Differences in the biopsychosocial characteristics of subjects from four groups of healthy individuals.

Biopsychosocial characteristics	**Group 1 (n=26)**		**Group 2 (n=29)**		**Group 3 (n=15)**		**Group 4 (n=18)**		**Differencies (Kruskal – Wallis H-criterion)**	
	x	**σ**	***x***	**σ**	***x***	**σ**	***x***	**σ**	Chi-Square	Asymp. Sig.
Behavioural component	16,3	5,0	19,9	5,7	17,9	5,0	21,8	7,5	7,854	**0,049**
Cognitive component	17,6	5,0	19,5	4,4	15,4	4,4	20,7	4,5	19,510	**0,000**
Emotional component	14,8	4,0	19,2	5,2	15,1	4,5	18,4	4,6	11,485	**0,009**
Eros-factor	3,6	1,2	2,9	1,3	3,3	1,2	3,1	1,2	3,753	0,289
Thanatos-factor	1,5	0,6	1,7	0,6	3,6	0,8	3,5	0,7	72,634	**0,000**
Ethnics-factor	3,1	1,2	3,2	1,1	2,8	1,0	2,6	1,2	5,000	0,172
Moral-factor	3,1	1,1	3,0	1,1	2,9	1,0	3,0	1,2	0,390	0,942
Ego-sistole factor	3,2	1,2	3,3	0,8	2,4	1,3	2,7	1,0	7,704	0,053
Ego-diastole factor	2,8	1,4	2,7	1,5	2,4	1,0	2,9	1,3	3,557	0,313
Seeking and retaining object factor	2,8	1,0	3,1	1,3	2,7	1,0	2,8	1,5	0,893	0,827
Attachment factor	3,8	1,2	4,1	1,1	3,8	1,2	3,4	1,1	4,695	0,196
Constructive aggression	7,2	3,3	8,1	2,9	8,4	2,8	7,9	3,2	1,111	0,774
Destructive	2,3	1,0	6,8	1,6	2,6	1,0	6,6	1,6	74,920	**0,000**

aggression										
Deficient aggression	3,3	2,3	3,9	2,3	2,9	1,5	4,7	2,4	11,260	**0,010**
Constructive sexuality	7,1	3,2	7,1	3,8	7,3	3,3	7,3	3,5	0,133	0,988
Destructive sexuality	2,3	1,6	4,4	3,1	2,6	2,4	3,8	2,2	10,966	**0,012**
Deficient sexuality	1,6	1,5	2,6	2,3	1,8	1,7	2,5	1,9	3,571	0,312
Constructive narcissism	7,5	2,8	7,5	2,9	7,7	2,9	7,5	2,5	0,613	0,893
Destructive narcissism	1,9	2,1	4,2	2,0	2,1	1,7	3,9	2,2	20,120	**0,000**
Deficient narcissism	1,9	2,4	2,5	2,4	1,8	2,2	2,8	3,0	3,574	0,311
Constructive anxiety	6,3	3,9	7,8	2,2	7,3	2,8	6,8	2,4	1,749	0,626
Destructive anxiety	1,6	1,9	2,6	2,4	1,4	1,6	3,2	2,6	10,108	**0,018**
Deficient anxiety	2,1	1,5	4,3	1,5	2,5	1,5	4,0	2,1	23,285	**0,000**
Constructive outer Ego demarcation	7,4	2,5	7,9	2,4	7,5	2,2	7,4	2,2	1,418	0,701
Destructive outer Ego demarcation	3,1	1,9	3,8	1,8	3,0	1,9	4,9	2,0	16,335	**0,001**
Deficient outer Ego demarcation	3,4	2,6	5,5	1,7	3,0	2,3	4,9	2,7	16,787	**0,001**
Constructive inner Ego demarcation	8,7	2,6	8,9	2,4	9,2	2,7	8,9	2,2	1,063	0,786
Destructive inner Ego demarcation	3,1	1,5	4,1	1,5	3,1	2,0	4,8	2,1	14,517	**0,002**
Deficient inner Ego demarcation	3,8	2,8	5,9	2,7	3,3	2,6	6,3	2,8	19,716	**0,000**
Aggression	9,2	6,0	8,2	5,2	7,2	6,2	11,0	7,8	4,572	0,206
Directiveness	5,9	4,8	7,4	7,8	6,0	5,2	5,5	5,1	0,524	0,914
Communication	19,4	9,7	21,9	12,2	20,7	10,6	17,6	7,3	1,466	0,690
Affection	10,9	6,2	7,6	5,0	8,1	7,3	8,5	7,8	3,124	0,373
Dependency	6,9	6,7	4,2	5,6	4,1	5,0	6,0	5,7	3,844	0,279
Crippling	2,9	5,2	3,6	4,1	3,9	6,4	3,8	5,8	0,963	0,810
Description	4,5	8,6	5,1	7,2	3,3	5,2	3,7	7,0	0,719	0,869
Fear	0,8	2,4	2,2	3,2	1,9	3,8	1,5	3,1	3,043	0,385
Tension	0,9	2,5	0,9	2,2	0,6	1,7	1,2	2,2	1,952	0,582
Active impersonal responses	21,0	15,8	21,1	16,0	22,7	10,4	24,7	12,5	1,834	0,608
Passive impersonal responses	4,8	5,7	5,1	3,5	6,8	7,6	6,3	6,6	1,255	0,740
Exhibitionism	11,9	10,9	11,2	9,8	11,4	10,1	10,6	7,5	0,016	0,999
Age	34,1	13,4	31,9	11,1	31,3	10,4	31,1	11,2	1,246	0,742
Education	2,5	0,7	2,8	0,7	2,5	0,8	2,7	0,6	2,879	0,411
Experience of living in family	1,9	1,0	1,8	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	0,510	0,917

Symbols: x – averagevalue; σ – standard deviation.

The representatives of the **first group** of the healthy subjects (with low destructiveness) are less likely than representatives of the other three groups to see signs of aggression in their behaviour (H=7.854, $p<0.05$) and experiences (H=11.485,

p<0.01). They also have the lowest rates of destructive sexuality (H=10.966, p<0.05) and destructive narcissism (H=20.120, p<0.05).

The subjects of the **second group** (with low destructiveness, who see themselves as destructive) have the highest rates of destructive sexuality (H=10.966, p<0.05) and destructive narcissism (H=20.120, p<0.05). They are more likely than representatives of the other three groups to see signs of aggression in their experiences (H=11.485, p<0.01). In addition, they have the highest indicators of deficit anxiety (H=23,285, p<0.01) and deficient Ego demarcation (H=16,787, p<0.01).

For the subjects of the **third group** (with high destructiveness and low ability to accept it), the highest indicators of destructive attraction intensity are characteristic (H=72.634, p<0.01).

The highest deficient aggression component (H=11,260, p<0.01) is typical for the subjects of the fourth group (with high destructiveness). They are more likely than representatives of the other three groups to see signs of aggression in their behaviour (H=7,854, p<0.05) and opinions (H=19,510, p<0.01). In addition, they have the most rigid outer (H=16,335, p<0.01) and inner (H=14,517, p<0.01) Ego demarcation. They are also characterized by the most diffuse innerEgo demarcation (H=19,716, p<0.01) and the highest level of destructive anxiety (H=23, 285, p<0.01).

Then, we considered the differences in the biopsychosocial characteristics of four groups of schizophrenic patients and healthy subjects (Table 34).

Table 34. Comparison of four groups of schizophrenic patients and healthy subjects.

Biopsychosocial characteristics	Group 1			Group 2			Group 3			Group 4		
	x		U	x		U	x		U	x		U
	schiz	heal		schiz	heal		schiz	heal		schiz	heal	
Behavioural component	20,9	16,3		24,3	19,9		17,8	17,9	140,5*	27,4	21,8	147*
Cognitive component	22,2	17,6		25,0	19,5	92,5**	17,7	15,4	91**	28,6	20,7	
Emotional component	16,6	14,8		19,1	19,2		13,3	15,1		21,4	18,4	
Eros-factor	3,5	3,6		3,1	2,9		2,3	3,3		3,5	3,1	
Thanatos-factor	2,2	1,5	115,5**	2,4	1,7	112**	3,5	3,6	107,5**	4,4	3,5	
Ethnics-factor	3,5	3,1		3,0	3,2		1,9	2,8		2,9	2,6	

Moral-factor	3,1	3,1		3,1	3,0		2,9	2,9	159*	2,6	3,0	
Ego-sistole factor	3,1	3,2		3,0	3,3		2,3	2,4		2,6	2,7	
Ego-diastole factor	2,5	2,8		2,7	2,7		1,6	2,4		2,3	2,9	
Seeking and retaining object factor	3,1	2,8		3,3	3,1		2,2	2,7		2,8	2,8	
Attachment factor	3,0	3,8	138*	3,3	4,1	161,5*	2,3	3,8	143,5*	3,0	3,4	
Constructive aggression	7,5	7,2		8,6	8,1		6,2	8,4		7,2	7,9	
Destructive aggression	3,2	2,3	140,5*	8,0	6,8	159*	2,3	2,6		7,8	6,6	175*
Deficient aggression	4,9	3,3		7,7	3,9		3,7	2,9		5,9	4,7	
Constructive sexuality	5,0	7,1		7,9	7,1		4,4	7,3		6,7	7,3	
Destructive sexuality	2,7	2,3		5,7	4,4		2,7	2,6		5,1	3,8	
Deficient sexuality	3,7	1,6	120*	4,4	2,6	149,5*	1,9	1,8		5,4	2,5	109**
Constructive narcissism	6,7	7,5		7,9	7,5		5,4	7,7		7,4	7,5	
Destructive narcissism	4,1	1,9	106,5**	6,3	4,2	124**	3,5	2,1	116**	5,6	3,9	164,5
Deficient narcissism	3,6	1,9	132,5*	7,0	2,5		3,8	1,8	93**	6,4	2,8	102,5*
Constructive anxiety	6,5	6,3		7,9	7,8		5,8	7,3		7,4	6,8	
Destructive anxiety	3,4	1,6	118,5*	6,4	2,6		3,0	1,4	97,5**	5,1	3,2	172*
Deficient anxiety	3,7	2,1		6,4	4,3	115,5**	2,9	2,5	158,5*	7,6	4,0	
Constructive outer Ego demarcation	7,2	7,4		7,5	7,9		6,2	7,5		7,0	7,4	
Destructive outer Ego demarcation	4,5	3,1	139*	6,8	3,8		3,8	3,0	142*	6,1	4,9	
Deficient outer Ego demarcation	4,3	3,4		7,6	5,5	94,5**	3,7	3,0	157,5*	6,2	4,9	
Constructive inner Ego demarcation	8,2	8,7		8,5	8,9		7,3	9,2		7,8	8,9	
Destructive inner Ego demarcation	4,6	3,1		5,9	4,1	122**	3,3	3,1		5,2	4,8	
Deficient inner Ego demarcation	5,4	3,8		9,4	5,9		5,0	3,3	123,5**	7,8	6,3	
Aggression	7,7	9,2		9,5	8,2		9,1	7,2		10,3	11,0	
Directiveness	5,9	5,9		6,1	7,4		2,6	6,0	143*	6,6	5,5	
Communication	14,8	19,4		19,4	21,9		18,8	20,7		19,4	17,6	
Affection	8,2	10,9		7,9	7,6		4,1	8,1		7,7	8,5	
Dependency	6,1	6,9		8,6	4,2		6,8	4,1		7,6	6,0	
Crippling	3,5	2,9		1,1	3,6	150,5*	2,9	3,9		0,6	3,8	176,5
Description	16,0	4,5		6,9	5,1		6,9	3,3		10,5	3,7	159**

Fear	2,0	0,8		1,2	2,2		0,4	1,9		0,8	1,5	
Tension	0,8	0,9		1,3	0,9		0,0	0,6		0,6	1,2	
Active impersonal responses	15,7	21,0		23,6	21,1		14,4	22,7		18,4	24,7	
Passive impersonal responses	7,8	4,8		4,5	5,1		5,4	6,8		6,0	6,3	
Exhibitionism	12,1	11,9		9,9	11,2		7,7	11,4		11,1	10,6	
Age	40,0	34,1	140,5*	32,4	31,9		32,5	31,3	131**	34,6	31,1	184*
Education	2,1	2,5		2,1	2,8	131,5**	1,5	2,5	146**	1,4	2,7	
Experience of living in family	1,5	1,9		1,4	1,8		1,1	2,0	166,5*	1,3	2,0	181*

Symbols: x – averagevalue; Mann-Whitney U-criterion; **- confidence level p<0.01; * - confidence level p<0.05.

The healthy subjects of the **first group** (with low destructiveness) differ from the patients with schizophrenia of the first group by a more intense need for attachment (U=115.5, p<0.01), younger average age (U=140.5, p<0.05). For patients with schizophrenia, there is a high intensity of the desire for destruction (U=138, p<0.05), and a higher level of destructive aggression as a structural personal component (U=140.5, p<0.05). In addition, patients with schizophrenia have an unformed personality structure: more pronounced are the destructive narcissism components (U=106.5, p<0.01), anxiety (U=118.5, p<0.05), outerEgo demarcation (U=139, p<0.05) and deficient sexuality components (U=120, p<0.05) and narcissism (U=132.5, p<0.05).

The healthy subjects of the **second group** (with low destructiveness, who see themselves as destructive) differ from the patients with schizophrenia of the second group by a more intense need for attachment (U=161.5, p<0.05), a higher index of «crippling» (U=150.5, p<0.05), which reflects self-injurious and hypochondriac tendencies. The patients with schizophrenia have an unformed personality structure: more pronounced are the destructive aggression components (U=159, p<0.05), narcissism (U=124, p<0.01), innerEgo demarcation (U=122, p<0.01) and deficient sexuality components (U=149.5, p<0.05), anxiety (U=115.5, p<0.01) and outerEgo demarcation (U=94.5, p<0.01).

The healthy subjects of the **third group** (with high destructiveness and low ability to accept it) differ from the patients with schizophrenia of the third group by a

more intense need for attachment (U=143.5, p<0.05), a more intense destructive drive (U=107.5, p<0.01), they are more likely to see signs of aggression in their behaviour (U=110.5, p<0.05), more directive and prone to dominance (U=143, p<0.05), more educated (U=146, p<0.01), live with their own (non-parent) family. The patients with schizophrenia have a more pronounced cognitive aggression component (U=91, p<0.01).In addition, the patients with schizophrenia have an unformed personality structure: more pronounced are the destructive narcissism components (U=116, p<0.01), anxiety (U=97.5, p<0.01), outerEgo demarcation (U=142, p<0.05) and deficientnarcissism components (U=93, p<0.01), anxiety (U=158.5, p<0.05), outerEgo demarcation (U=157.5, p<0.05) and innerEgo demarcation (u=123.5, p<0.01).

The healthy subjects of the **fourth group** (with high destructiveness) differ from the patients with schizophrenia of the fourth group by a higher index of «crippling» (U=176.5, p<0.05), which reflects self-injurious, hypochondriac tendencies and live with their own (non-parent) family (U=181, p<0.05). The patients with schizophrenia more than healthy subjects see signs of aggression in their behaviour (U=147, p<0.05), however, they are more prone to reasoning, instead of real actions (U=159, p<0.01). In addition, the patients with schizophrenia have an unformed personality structure: more pronounced are the destructive narcissism components (U=164.5, p<0.05), anxiety (U=172, p<0.05), aggression (U=175, p<0.05) and deficientnarcissism components (U=102.5, p<0.01) and sexuality (U=109, p<0.01).

In groups of the patients with schizophrenia and healthy individuals, identified by the level of destructiveness, the relationship of biological, social and psychological factors with the constructive functioning of interpersonal boundaries was studied. The multiple regression analysis was used. The multiple regression analysis showed the relationship of biological, social and psychological indicators (independent variables) with the constructive component of the innerEgo demarcation (dependent variable).

The results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the **first group of the patients with schizophrenia** (with a low level of destructiveness) are presented in Table 35.

Table 35. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the first group of patients with schizophrenia (with low destructiveness).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	-3,777			
Constructive inner Ego demarcation	0,640	0,781	9,301	**0**
Communication	0,097	0,524	5,664	**0**
Age	0,078	0,502	4,670	**0**
Ego-diastole factor	0,432	0,271	2,730	**0,012**

In the first group of patients with schizophrenia (with low destructiveness), the multiple regression equation for the constructive outer boundary is as follows: A = - 3,7 + 9,3 B + 5,6 C + 4,6 D + 2,7 E, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B – constructive inner Ego demarcation;

C – communication;

D – age;

E – Ego-diastole factor.

85 % of the variance of «constructive outerEgo demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,85).

In the first group of the patients with schizophrenia (the subjects with low destructiveness) with the constructive functioning of the outerEgo demarcation, the greatest relationship has a constructive internal separation, which is shownin the ability to distinguish between outer and inner, differentiation of perception of internal experiences, the ability to separate their own fantasies from real events and actions. Also, the constructiveness of interpersonal interaction in this group is associated with the ability to subject-to-business communication, with age, with the urge to unite with others, with the desire for self-development.

Then, we considered the relationship between the constructive functioning of Ego demarcation in the **second group of the patients with schizophrenia** (the subjects with low destructiveness who see themselves as destructive) (Table 36).

Table 36. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the second group of patients with schizophrenia (subjects with low destructiveness who see themselves as destructive).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	2,627			
Constructive inner Ego demarcation	0,738	0,640	7,902	**0**
Destructive anxiety	-0,942	-0,995	-7,931	**0**
Destructive aggression	0,546	0,402	4,169	**0**
Destructive inner Ego demarcation	0,441	0,465	4,543	**0**
Attachment factor	-0,555	-0,318	-3,212	**0,004**
Number of funding sources	-0,601	-0,186	-2,083	**0,049**

The multiple regression equation for the constructive outerEgo demarcation in the second group of schizophrenic patients (the subjects with low destructiveness who see themselves as destructive):

A = 2,6 + 7,9B – 7,3C + 4,5D + 4,1E – 3,2F – 2,08G, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B – constructive inner Ego demarcation;

C – destructive anxiety;

D – destructive inner Ego demarcation;

E – destructive aggression;

F – attachment factor;

G- number of funding sources.

86 % of the variance of «constructive outerEgo demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,86).

In the second group of the patients with schizophrenia (the subjects with low destructiveness, which sees itself as destructive), as in the first group of patients with schizophrenia (low destructiveness) constructive outerEgo demarcation most connected

with constructive inner Ego demarcation. However, constructive interpersonal interaction associated with low anxiety and low intensity motivational tendency to attachment. That is, the ability to tolerate anxiety, overcome it in the process of interpersonal interaction and the low relevance of the need to create and maintain interpersonal interaction contribute to the formation of constructive interpersonal relationships. Also, in the group of the patients with schizophrenia «with low destructiveness, who see themselves as destructive», a constructive outerboundary is formed by a high destructive aggression component, which indicates shows of initiative, perseverance, and activity, showninthe lack of constructive behavioural skills.

We considered the relationship of factors with the formation of the constructive Ego demarcation in **the third group of the patients with schizophrenia (with high destructiveness and low ability to accept it)** (Table 37).

Table 37. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the third group of patients with schizophrenia (with high destructiveness and low ability to accept it).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	-2,872			
Constructive inner Ego demarcation	1,138	0,983	11,272	**0**
Deficient sexuality	0,585	0,486	4,795	**0**

The multiple regression equation for the constructive outer boundary in the third group of schizophrenic patients (with high destructiveness and low ability to accept it):

A = -2,8 + 11,2B + 4,7C, where

A–constructive outer Ego demarcation;

B–constructive inner Ego demarcation;

C- deficient sexuality.

92 % of the variance of «constructive outerEgo demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,92).

In the third group of the patients with schizophrenia (with high destructiveness and low ability to accept it), as well as in the other two groups of the patients with

schizophrenia described above, the constructiveness of the outerEgo demarcation is most closely related to the constructive innerEgo demarcation. The factor «constructive inner Ego demarcation» in this group has the highest weight-11.2, in the group with high destructiveness formed in symbiosis is 7.9, in the group with a low overall level of destructiveness is 9.3.Also, in the third group, the formation of constructive interpersonal relationships is associated with underdevelopment of the function of sexuality, which probably inhibits the show of destructive attraction.

Then, we considered the relationship of factors with the formation of a constructive Ego demarcation in the **fourth group of the patients with schizophrenia (with high overall destructiveness)** (Table 38).

Table 38. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the fourth group of patients with schizophrenia (with high overall destructiveness).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	5,066			
Constructive narcissism	0,466	0,503	3,139	**0,007**
Emotional aggression component	-0,210	-0,361	-3,304	**0,005**
Constructive anxiety	0,406	0,438	2,724	**0,016**

The multiple regression equation for a constructive outer boundary in the fourth group of schizophrenic patients (with high destructiveness):

A= 5,0 – 3,3B + 3,1C + 2,7D, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B – emotional aggression component;

C – constructive narcissism;

D – constructive anxiety.

83 % of the variance of «constructive outer Ego demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,83).

In the fourth group of the patients with schizophrenia (high destructiveness) constructive functioning of the outerEgo demarcation is associated with the ability to adequately respond to the emotions of anger, with a positive view of the individual

about himself/herself, a high degree of holistic self-acceptance, the ability to adequately assess themselves, the maturity of the interpersonal relations, the individual's ability to withstand the feelings associated with anxiety without the loss of integration, the ability to differentiate between real threats and unfounded fears.

The results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in groups of the patients with schizophrenia are shown in the Figure 13.

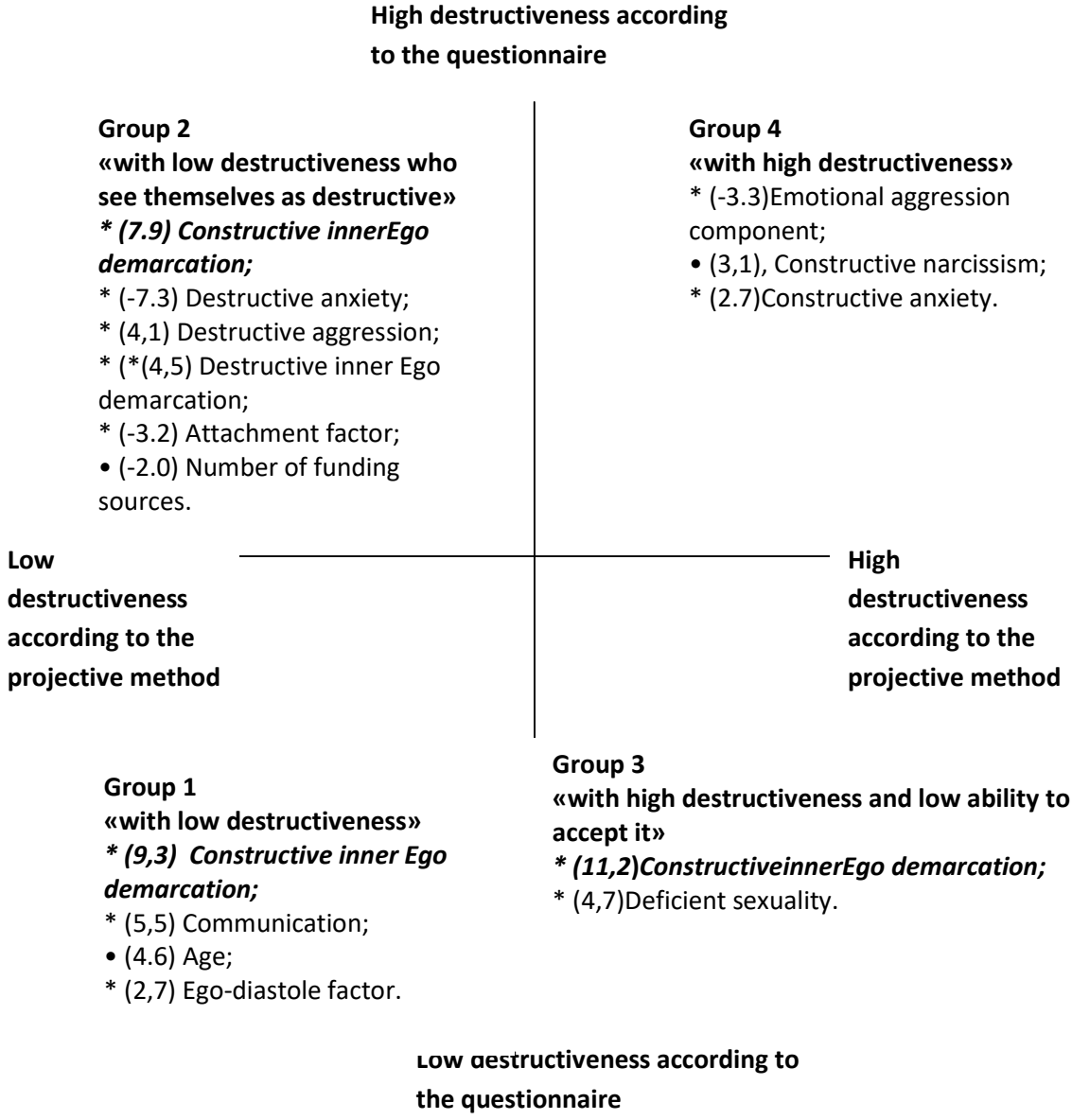


Fig. 13. The relationship of biological, psychological and social factors with the constructive functioning of interpersonal boundaries in groups of schizophrenic patients with different levels of destructiveness

We considered the relationship of biological, psychological, and social factors with the functioning of a constructive interpersonal boundary in groups of healthy individuals.

The results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the **first group of healthy individuals (with low destructiveness)** are presented in Table 39.

Table 39. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the first group of healthy individuals with low destructiveness.

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	11,238			
Destructive anxiety	-0,779	-0,662	-8,534	**0**
Activity	-0,060	-0,434	-7,195	**0**
Dependency	0,134	0,368	7,200	**0**
Deficient narcissism	-0,276	-0,287	-3,654	**0,005**
Age	-0,031	-0,166	-2,582	**0,030**

In the first group of the healthy individuals (with low destructiveness), the multiple regression equation for the constructive outer boundary has the form:

A = - 11,2 – 8,5B + 7,2C – 7,1D – 3,6E – 2,5F, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B – destructive anxiety;

C – dependency;

D – impersonal activity;

E – deficient narcissism;

F - age.

98 % of the variance of «constructive outer Ego demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,98).

In healthy individuals of the first group (low destructiveness) with the constructive functioning of the outerEgo demarcation is due mainly to the absence of disruptive effects of anxiety, a lack of dominance interactions with inanimate objects

over interaction with others and a high interpersonal dependency. Also, the lack of undifferentiated self-image and inadequate self-esteem, young age is associated with the constructive functioning of the interpersonal boundary.

Then, we considered the relationship of biopsychosocial factors with the functioning of the constructive Ego demarcation in the second group of the healthy individuals (with low destructiveness, who see themselves as destructive) (Table40).

Table 40. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the second group of healthy individuals (with low destructiveness, who see themselves as destructive).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	5, 281			
Constructive aggression	0,380	0,509	15,979	**0**
Dependency	-0,251	-0,706	-23,486	**0**
Crippling	-0,136	-0,284	-8,767	**0**
Constructive narcissism	0,261	0,377	12,858	**0**
Deficient outer Ego demarcation	-0,213	-0,184	-6,531	**0**
Directiveness	0,036	0,142	5,371	**0,001**
Aggression	0,047	0,125	4,350	**0,003**
Deficient narcissism	-0,096	-0,070	-2,725	**0,030**

The multiple regression equation for a constructive outer boundary in the second group of the healthy individuals (with low destructiveness, who see themselves as destructive):

A = 5,2 – 23,4B + 15,9C + 12,8D – 8,7E – 6,5F + 5,3G + 4,3H – 2,7I, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B – dependency;

C – constructive aggression;

D – constructive narcissism;

E - crippling;

F – deficient outer Ego demarcation;

G – directiveness;

H – aggression;

I – deficient narcissism.

98 % of the variance of «constructive outer Ego demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,98).

If in low-destructive healthy individuals, the functioning of the constructive outerboundary is associated with high interpersonal dependence, then in healthy individuals of **the second group (with low destructiveness, who see themselves as destructive)**, on the contrary, the lower the interpersonal dependence, the more constructively the outerboundary functions.In the second group, the destructive component aggression is increased. At the same time, the indicator of constructive aggression (15.9) makes a significant contribution to the constructive functioning of the outerboundary, that is, the ability to implement aggression in a socially approved way. Thus, the destructiveness in this group can have an adaptive quality, serve as self-defense against aggression from other people, contribute to the achievement of purposes, a positive change in the life situation, or create projects that require rejection or overcoming outdated dogmas. Also, in the second group of the healthy individuals, the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with a low propensity for self-aggression, the ability to verbalize their own aggressive tendencies, the presence of a positive image of the individual about himself/herself, acceptance of himself/herself, the ability to adequately assess himself/herself, and the tendency to show directivity in a socially acceptable form.

The relationship of biopsychosocial factors with the functioning of the constructive Ego demarcation in the **third group of the healthy subjects (with high destructiveness and low ability to accept it)** is presented in Table 41.

Table 41. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the third group of healthy subjects (with high destructiveness and low ability to accept it).

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	4,531			
Constructive narcissism	0,499	0,687	6,803	**0**
Crippling	0,145	0,455	4,890	**0**
Deficient narcissism	-0,318	-0,343	-3,676	**0,001**
Dependency	0,096	0,234	2,587	**0,016**
Eros-factor	-0,349	-0,213	-2,062	**0,050**

The multiple regression equation for a constructive outer boundary in the third group of the healthy subjects (with high destructiveness and low ability to accept it):

A = 4,5 + 6,8B + 4,8C – 3,6D + 2,5E – 2,0 F, where

A – constructive outer Ego demarcation;

B–constructive narcissism;

C – crippling;

D – deficient narcissism;

E – dependency;

F – eros-factor.

80 % of the variance of «constructive outer Ego demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,80).

In the third group of healthy individuals, the constructive functioning of the outerWgo demarcation is associated with a high degree of holistic self-acceptance, the ability to adequately assess oneself, a tendency to self-aggression, high interpersonal dependence, and low intensity of sexual desire.

We considered the relationship of psychosocial factors with the functioning of the constructive Ego demarcation in the **fourth group of healthy individuals (with high destructiveness)** (Table 42).

Table 42. Results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in the fourth group of healthy individuals with high destructiveness.

Indicators	B-coefficient	Beta-coefficient	t-criterion	Confidence level (p)
Constanta	4,015			
Constructive inner Ego demarcation	0,712	0,716	7,142	**0**
Deficient sexuality	-0,234	-0,196	-1,830	**0,080**
Destructive outer Ego demarcation	-0,255	-0,246	-2,443	**0,022**
Ethics-factor	-0,443	-0,233	-2,345	**0,028**

The multiple regression equation for a constructive outer boundary in the fourth group of the healthy individuals (with high destructiveness):

A = 4,0 + 7,1B – 2,4C – 2,3D - 1,8E, where

A–constructive outer Ego demarcation;

B–Constructive inner Ego demarcation;

C–destructive inner Ego demarcation;

D–ethics-factor;

E–deficient sexuality.

78 % of the variance of «constructive outerEgo demarcation» variable is due to the influence of these variables (R^2=0,78).

In the fourth group of the healthy individuals constructive functioning of the outerEgo demarcation is due mainly to the constructive innerEgo demarcation (ratio - 7,1). In addition, the constructiveness of interpersonal relationships of highly destructive individuals is associated with the absence of a delay in the development of sexuality and a low tendency to accumulate negatively coloured experiences.

The results of regression analysis for constructive outerEgo demarcation in groups of the healthy individuals are shown in the Figure 14.

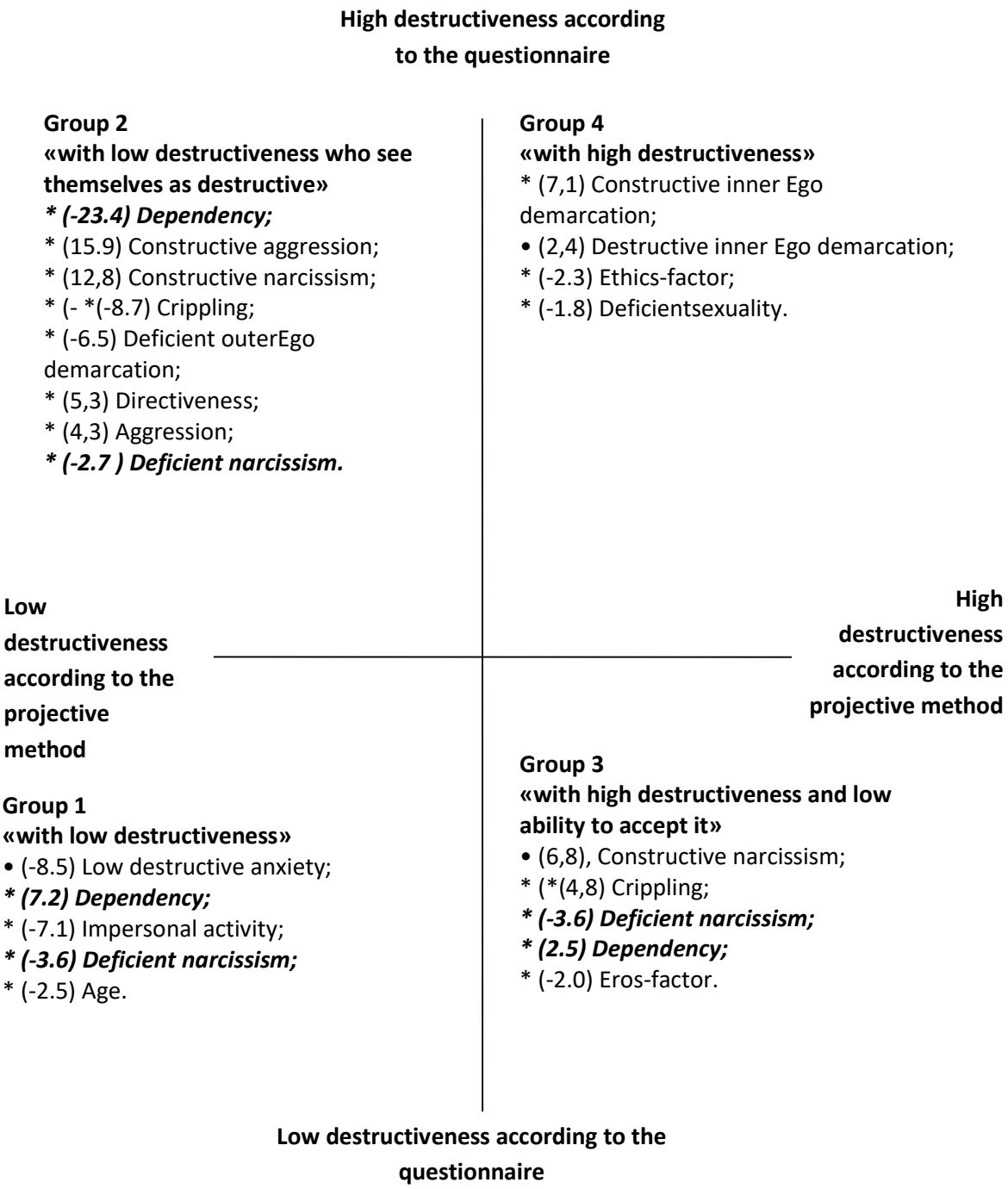


Fig. 14. The relationship of biological, psychological and social factors with the constructive functioning of interpersonal boundaries in groups of healthy individuals with different levels of destructiveness

Thus, in groups of the patients with schizophrenia «with a low level of destructiveness», «with low destructiveness, who see themselves as destructive», «with high destructiveness and low ability to accept it», the functioning of constructive interpersonal boundaries is most associated with a constructive inner Ego demarcation, which is shownin the ability to distinguish between outer and inner, differentiate internal experiences, separate their own fantasies from real events and actions. In healthy individuals in similar groups, the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with the level of interpersonal dependence and the indicator «deficient narcissism», which is understood as a lack of ability to form a holistic attitude to oneself, develop a differentiated idea of one's own personality and realistically evaluate oneself. The deficient narcissism is shown in behavior with low self-esteem, dependence on others, the inability to establish and maintain interpersonal relationships without compromising their interests, difficulties in identifying their own motives and desires, excessive conformity, expressed dependence, and a sense of inferiority. In all three of these groups of the healthy individuals, the lower the deficient narcissism, the more interpersonal relationships are more constructive.

In the group of the patients with schizophrenia «with high destructiveness», the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with a low emotional aggression component, combined with high constructive narcissism and anxiety components, reflecting the ability to adequately differentiate external dangers and adequately assess oneself. In a group of the healthy individuals «with high destructiveness» on the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with the constructive functioning of the innerEgo demarcation, the lack of a tendency to accumulate negatively coloured experiences and low deficient sexuality.

In the patients with schizophrenia, the functioning of constructive interpersonal boundaries is associated with various factors, depending on the features of destructiveness. In the group of the patients with schizophrenia «with a low level of destructiveness», there are a degree of focus on interpersonal interaction and the formation of communication skills. In the group of the patients with schizophrenia «with low destructiveness, who see themselves as destructive», there the level of

development of the main functions of the personal structure, and presence of a desire to preserve symbiotic relationships. In the group of the patients with schizophrenia «with high destructiveness and low ability to accept it», there is the level of development of the innerEgo demarcation, reflecting the ability to regulate the needs of drives. In the group of the patients with schizophrenia «with a high level of destructiveness», there is the ability to discharge emotional stress.

The Appendix contains four clinical examples. The first patient (male) is conditionally related to the group of schizophrenic patients with **«low destructiveness»**. The second patient (female) belongs to the group of schizophrenic patients **«with low destructiveness, who see themselves as destructive»**. The third patient (male) belongs to the group of schizophrenic patients **«with high destructiveness and low ability to accept it»**. The fourth patient (female) belongs to the group of schizophrenic patients **«with high destructiveness»**.

3.7. Result discussion

To discuss the results, it should be noted that the research involved subjects in medical remission, with orderly behavior, characterized by treating doctors as ready to cooperate, not aggressive, who agreed to participate in the research.

In the research of central personality formations in groups of healthy individuals, results were obtained that indicate the predominance of the constructive variant of aggression implementation. In patients with schizophrenia, the constructive variant of aggression also prevailed, however, in comparison with healthy subjects, underdevelopment or distorted development of central personal formations, a higher deficit component of aggression was determined. In schizophrenic patients with a duration of more than five years, the level of aggression was higher than in healthy subjects. There were no significant differences in the level of the destructive aggression component between schizophrenic patients and healthy subjects.

In the research of behavioral trends using the projective method, it was revealed that in the female population of patients with schizophrenia, there was a significant decrease in the level of psychological activity and a tendency to formalize activities over the disease course. In the male sample, this feature was not detected, which is probably due to the fact that women who took part in the research with schizophrenia were mostly with apathoabulic type of defect.

While studying behavioural trends, it was also revealed that for the majority of subjects of all control and experimental groups, a low probability of open aggressive behaviour was characteristic. At the same time, in the female population there was an increase in the tendency to open aggressive behaviour with the course of the disease due to a decrease in the ability to social cooperation in the form of a decrease in the ability of sick women to communicate objectively with business, with a predominance of emotional and evaluative context in relations with other people.

In the male population, a tendency to open aggressive behaviour with the disease course was not detected. At the same time, there was a decrease in the ability for social cooperation due to the formality of communication, the tendency to attach personal importance to neutral situations.

Along with a decrease in the ability to cooperate with schizophrenia, compensatory relationships were determined in the mental structure of the personality. In women with the disease course of less than five years, the verbalization of aggressive tendencies increased passivity and self-injurious tendencies. In women with the disease course of more than five years, the inverse relationship of verbalization of aggressive tendencies and formalization of activity was determined. In men with the disease course of more than five years, with the verbalization of aggressive tendencies, activity in relation to the physical environment decreased. In healthy women, the verbalization of aggressive tendencies increased the fear of their own destructiveness. Thus, the second hypothesis of our research is confirmed - when projecting their own aggression in patients with schizophrenia, passivity increases, a tendency to formalize activities, in healthy individuals there isself-injurious tendencies associated with guilt.

While studying aggression by the standardized self-report method in healthy subjects, a high proportion of results was obtained below the normative ones, which can be explained by the influence on the result of the factor of professional affiliation of participants in the control group, which involves individual control over the aggression shows (medical workers, students, etc.). The gender differences in healthy subjects showed up in two ways: for men, the behavioral component with the minimization of the emotional component was the predominant form of aggressiveness.The second difference was related to the structure of aggressiveness: men are characterized by a high interdependence of the shows of all three components (behavioural, cognitive and emotional), which suggests their coherence, which ensures the adequacy of aggressive shows. The female group is characterized by the absence of a relationship between the behavioral and emotional components of aggressiveness, which suggests a possible mismatch of the woman's behavior and her experiences in a situation of growing subjective tension.

The patients with schizophrenia lasting no more than five years - women and men - are characterized by a high tendency to see signs of aggression in their thinking. The distinctive feature of this group of patients (without gender differences) was the dissociated structure of aggressive shows due to the absence of interdependencies between the components.

For patients with the disease course more than five years – women and men – is characterized by increased behavioural aggression amid rising cognitive indicator. These features correspond to the results of the above-described projective technique — an increase in the tendency to open aggressive behaviour over the disease course.

In the male group of patients with schizophrenia, the dependence between the cognitive and emotional, cognitive and behavioral components in the structure of aggressiveness was revealed without a corresponding relationship between the emotional and behavioural components. The similar structure of aggression was also obtained in a group of healthy women, which was interpreted as a mismatch of experiences with their behavioural show. It can be assumed that a man with a long disease course in the very aggression phenomenology can see the features of an atypical

(female) way of«processing» the tension and the corresponding ways of discharging it. In addition, men with a long disease course have undifferentiated behavioral and cognitive components. This feature confirms our hypothesis that patients with schizophrenia have difficulty differentiating the manifestations of their own aggression in their experiences and thoughts. It was also found that in women with a long disease course, emotional stress is discharged directly in behaviour without cognitive processing.

In the research of aggression by the standardized self-reporting method, a possible equivalence of animate and inanimate objects of behavioural aggression for patients with schizophrenia was indirectly discovered.

In the research of motivational inclinations by a projective technique, data were obtained that patients with schizophrenia of less than five years — women and men — are characterized by a high tension of the ethical motivational factor, an increase in hostility, a tendency to the accumulation of negatively colored experiences, and high affective rigidity. Women suffering from schizophrenia for more than five years have a decrease in tension in the need for affection and an increase in aggression. These features are consistent with the results obtained on the basis of standardized self-test subjects.

The differences were revealed in the characteristics of the regulation of aggression at a motivational level. Healthy men tend to hide their own aggressive tendencies, feel shame. Healthy women limit themselves and are guided by ethical standards. In women with schizophrenia less than five years. In women with schizophrenia less than five years old, the regulation of aggression is difficult, a high focus on self-limitation is determined. Men with schizophrenia for less than five years tend to regulate aggression by establishing infantile symbiotic relationships. In women with schizophrenia for more than five years, the regulation of aggression is carried out only through ethical standards, in men with schizophrenia for more than five years-«sticking» to the object of attachment, rigidity and inertia.

The role of self-destructiveness acceptance in the functioning of the interpersonal boundaries of schizophrenic patients and healthy subjects was investigated. In patients

with schizophrenia «with a low destructiveness level», «with low destructiveness, who see themselves as destructive», «with high destructiveness and low ability to accept it», the functioning of constructive interpersonal boundaries is most associated with a constructive inner Ego delineation, which is shown by the ability to distinguish between external and internal, differentiate internal experiences, separate their own fantasies from real events and actions. In healthy individuals in similar groups, the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with the level of interpersonal dependence and the indicator «deficient narcissism», which is understood as a lack of ability to form a holistic attitude to oneself, develop a differentiated idea of one's own personality, and realistically evaluate oneself. Deficient narcissism is shown in behaviour with low self-esteem, dependence on others, the inability to establish and maintain interpersonal relationships without compromising their interests, difficulties in identifying their own motives and desires, excessive conformity, expressed dependence, and a sense of inferiority. In all three of these groups of healthy individuals, the lower the deficient narcissism, the more interpersonal relationships are more constructive.

The patients with schizophrenia with low destructiveness are the most educated with respect to other subjects with schizophrenia. Compared with healthy subjects with low destructiveness, they have a deficient personality structure, less intense need for attachment, more intense destructive attraction and destructive aggression as a structural personality component, which indicates difficulties in the implementation of destructiveness.In patients with schizophrenia with low destructiveness, the constructive functioning of interpersonal boundaries is associated with a degree of focus on interpersonal interaction and the formation of communicative skills. In healthy subjects there is a level of anxiety.

The patients with schizophrenia with low destructiveness who see themselves as destructive have the most deficient personal structure relative to other subjects with schizophrenia. In comparison with healthy subjects with low destructiveness, who see themselves as destructive, they have a more deficient personal structure, less intense need for attachment, and higher destructive aggression as a structural personal component. At the same time, healthy subjects with low destructiveness, who see

themselves as destructive, tend to socialize their destructiveness in the profession (medical workers), to self-injurious tendencies (more often than patients with schizophrenia give answers of Crip category in the projective Hand test). In patients with schizophrenia with low destructiveness, who see themselves as destructive, the constructive functioning of interpersonal boundaries is associated with the level of development of the main functions of the personal structure, the presence of a desire to preserve symbiotic relationships. In healthy subjects there are low dependent tendencies.

The patients with schizophrenia with high destructiveness and low ability to accept it differ from other patients with schizophrenia in undifferentiated sexuality. Compared with healthy subjects with high destructiveness and low ability to accept it, they have a more deficient personality structure, less intense need for attachment, and a more pronounced cognitive component of aggression. Healthy subjects with high destructiveness and low ability to accept it in comparison with patients with schizophrenia socialize destructiveness, are more socially active. They are more directive, educated, have their own family, evaluate their behavior as more aggressive. In patients with schizophrenia with high destructiveness and low ability to accept it, the constructive functioning of interpersonal boundaries is associated with the level of development of the inner Egoboundary, which reflects the ability to regulate the drive needs. In healthy subjects there are the ability to accept themselves and ability to socialize destructiveness.

The patients with schizophrenia with high destructivity, unlike other patients with schizophrenia, are more likely to see signs of aggression in their behaviour, opinions, experiences, in addition, they have the highest rate of deficient anxiety, indicating intolerance of experiences associated with a psychic reflection of danger. Compared with healthy subjects with high destructiveness, they have a more deficient personality structure, are more likely to see signs of aggression in their behaviour, are more likely to formalize activities, while healthy subjects are more prone to self-injurious tendencies, hypochondria, and socialization of destructiveness in the profession. In patients with schizophrenia with high destructiveness, the constructive

functioning of interpersonal boundaries is associated with the ability to discharge emotional stress, to self-acceptance, to adequately reflect the danger. Healthy subjects with high destructiveness in comparison with other healthy subjects more often see signs of aggression in their behaviour, opinion, have a more pronounced deficient component of aggression, are more anxious and have a more pronounced destructive and deficient component of the inner Ego boundary. In healthy subjects with high destructiveness, the constructive functioning of interpersonal boundaries is associated with the ability to differentiate internal experiences, a low tendency to accumulate negatively colored experiences, and the absence of a high deficient component of sexuality.

The appendix presents four clinical examples. The first patient (male) conditionally belongs to the group of patients with schizophrenia with **«low destructiveness»**. The second patient (woman) belongs to the group of patients with schizophrenia **«with low destructiveness, who see themselves as destructive»**. The third patient (male) belongs to the group of patients with schizophrenia **«with high destructiveness and low ability to accept it»**. The fourth patient (woman) belongs to the group of patients with schizophrenia **«with high destructiveness»**.

3.8. Practical recommendations

This section provides recommendations for psychocorrective work with patients with paranoid schizophrenia.

It is important to differentiate the behavioural, cognitive, and emotional aggression components in patients with paranoid schizophrenia. To do this, in correctional and psychotherapeutic practice, it is necessary:

— to distinguish between the patient's fantasies and reality, and emphasize the differences between the patient's thoughts, emotions, and actions («thinking» and «doing» are different things);

— to emphasize that aggression in thoughts and emotions is a natural part of human life, but it is necessary to adhere to social norms of behaviour;

— to perform a supporting function, helping the patient in interpreting the meaning of subjectively significant situations for him/her;

—to link the patient's mental stress to certain stressors, developing the object orientation of aggression.

Important objectives are the replacement of destructive response options and the replenishment of the deficient skills of patients with paranoid schizophrenia based on their design aspects, the gradual adoption and consolidation of their own positive activity, the restoration of the ability to tolerate frustration and aggression (Ammon G., 1980, Solovyova S., 1996; Babin S. M., 2006).

The corrective and psychotherapeutic measures must be carried out taking into account the peculiarities of destructive tendencies in patients with schizophrenia and biopsychosocial characteristics that form mechanisms of interaction with the outer environment.

For patients with schizophrenia «with a low destructiveness level», psychological correction should be aimed at developing communication skills, communication skills, attitudes of social cooperation, the ability to express themselves and understand their needs and desires. It is necessary to focus patients on reducing their interaction with physical, inanimate objects and expanding social contacts.

For patients with schizophrenia «with low destructiveness, who see themselves as destructive», there is a characteristic underdevelopment of the personal structure, a tendency to form a border with the outside world through destructive aggression shows. The target of influence is the need to maintain symbiotic relationships. The psychological correction should be aimed at developing the ability to defend one’s needs and desires in real behavior in constructive ways, developing the ability to express themselves, the ability to withstand anxiety-related experiences without loss of integration and to differentiate real threats and unreasonable fears.

In patients with schizophrenia «with high destructiveness and low ability to accept it», the underdevelopment of the function of sexuality performs a compensatory

function to maintain constructive boundaries with the outer environment. The psychological correction should be aimed at developing understanding and acceptance of their needs and desires and their implementation in a socially acceptable form.

In patients with schizophrenia «with high destructiveness», psychological correction should be aimed at reducing self-destructive tendencies, developing the ability to cope with experiencing emotions of anger, high internal mental tension and anxiety. It is also necessary to develop the ability of patients to understand their individual psychological characteristics, desires, needs and their communication skills. It is possible to orient patients to increase their activity in relation to the physical environment in order to discharge internal stress.

SUMMARY

1. Aggressiveness as a property of personality is formed in the process of socialization and is shown in the context of interpersonal interaction. Aggressiveness plays a role in shaping the boundaries of the individual with the outer environment, helps to preserve the integrity and autonomy of the individual, establish productive interpersonal contacts, and adapt to the world around them. Depending on the holistic mental context, the aggressiveness property forms in one case a socially positive behaviour, in the other case it is transformed into a destructive behaviour. There are constructive (socialized), destructive (tendency to an object destruction, getting out of relationships) and deficient (inwardly directed to Ego structure) aggression.

2. The distinctive feature of patients with schizophrenia is the dissociated structure of aggressive shows due to the lack of interdependence between the cognitive, emotional and behavioural components, a high indicator of the cognitive aggression component. For patients with schizophrenia with the disease course of more than five years, an increase in the indicator of behavioural aggression is characteristic against the high cognitive indicator, dissociation and low differentiation of the components of aggression are determined. The aggressiveness structure of healthy individuals differs from the aggressiveness structure of schizophrenic patients by the high interdependence of the aggression components.

3. In schizophrenia, along with a decrease in the ability to cooperate, compensatory relationships are formed in the personality structure that regulate aggression. When aggressive tendencies increase, passivity in relation to the physical environment, self-injurious tendencies, and the tendency to formalize activities increase.

4. In patients with schizophrenia, the motivational propensity to aggression is regulated by establishing infantile symbiotic relationships, rigid fixation on an idea, formal reasoning on ethical topics, and formal religiosity. In healthy individuals, Ego structures (mechanisms of denial, suppression, repression, adaptation) and Super-Ego (the tendency to hide, feel guilt and shame).

5. In groups of patients with schizophrenia, an increase in the deficit aggression component is determined, with the underdevelopment of central personal formations. In groups of healthy individuals, results were obtained that indicate the predominance of the constructive variant of aggression implementation.

6. For patients with schizophrenia with a deficient personal structure and weak, diffuse borders, the average overall level of aggression, low constructive aggression, and the predominance of the destructive component of aggression over the constructive one is characteristic. For patients with schizophrenia with high activity and destructiveness, there are high overall level of aggression, high constructive and destructive aggression component. For patients with schizophrenia with a formed personal structure, there is a low level of general aggression, low destructive aggression, the predominance of the constructive component of aggression over the destructive component.

7. For patients with schizophrenia with a low level of destructiveness, the most significant for the formation of constructive interpersonal boundaries is the focus on interpersonal interaction and the formation of communication skills. For patients with schizophrenia with low destructiveness, who see themselves as destructive, the level of development of the basic functions of the personality structure, the presence of a desire to maintain symbiotic relationships. For patients with schizophrenia with high destructiveness and low ability to accept it, there is the level of development of the inner Ego boundary, reflecting the ability to regulate the drive needs. For patients with schizophrenia with a high level of destructiveness, there is the ability to discharge emotional stress.

CONCLUSION

The thesis presents the research results of the aggressiveness role in interpersonal relationships of patients with schizophrenia.

As part of the research, a theoretical analysis of the available scientific research on the characteristics of the patient aggressiveness with schizophrenia was conducted. Now the scientific studies have demonstrated the high social significance of studying the social relations of patients with schizophrenia, and their aggression, aggressiveness and destructiveness. A sufficiently large number of psychological aggression and aggressiveness studies of patients with schizophrenia have a forensic psychological focus and are devoted to the problem of committing socially dangerous acts by patients. Moreover, the deep psychological content of the psychological aggression phenomenon and its role in the dynamics of interpersonal relationships in schizophrenia remains poorly understood.

The purpose of the research was to identify the role of aggression in interpersonal relationships of patients with schizophrenia. The sample consisted of 203 peoplefrom 18 to 64 years old. The experimental groups consisted of 102 patients with paranoid schizophrenia (40 men, 62 women) from 18 to 64 years old, who are on inpatient treatment in Budget Institution of Health Care and Forensic Phychiatric Examinations of the Udmurt Republic «Republician Clinical Phychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic». The criteria for inclusion of inpatient patients in the research were: the presence of paranoid schizophrenia as the main clinical diagnosis (F-20.006 according to ICD-10). The patients were examined in a remission state (medicamental remission). The criteria for excluding patients from the research were: nosological ambiguity in the psychiatric diagnosis, the presence of clinically and clinically-psychologically detectable signs of psychotic disorganization of the mental activity of the subjects, refusal from the research. The comparison was made with control groups of mentally healthy individuals, which included 101 people (41 men and 60 women) from 18 to 64 years old (the average age is 32 years), who do not suffer from mental and neurological disorders.

Assuming the impact of gender differences, we found it appropriate to separate all participants on the basis of gender. In addition, since in clinical practice great importance for assessing the dynamics of a disease is attached to its duration from the moment of clinically established debut, we carried out an additional differentiation of patients in a clinical hospital. In accordance with generally accepted practice, all patients with paranoid schizophrenia were divided into two groups - with the disease course of less than five years and more than five years.

The patients were analyzed in relation to clinical, social and individual psychological characteristics. The psychological characteristics of the subjects were investigated using the standardized Buss-Perry questionnaire, Handtest, Szondi test, Ego structural test of Ammon. The obtained results were subjected to mathematical statistics. Mann-Whitney U-test (for analyzing differences in mid-values), Spearman's rank correlation coefficient, Pearson correlation coefficient, regression analysis, hierarchical cluster analysis, and K-means cluster analysis were used.

The patients with schizophrenia who participated in the research were characterized by their doctors as «not aggressive at the moment», ready to cooperate. During the research, the behaviour of the subjects was ordered. In the research of central personality formations with the help of a personal projective questionnaire in groups of healthy individuals, results were obtained that indicate the predominance of a constructive variant of aggression implementation. In patients with schizophrenia, the constructive variant of aggression also prevailed, however, in comparison with healthy subjects, underdevelopment or distorted development of central personal formations, a higher deficient component of aggression was determined. There were no significant differences in the level of the destructive aggression component between schizophrenic patients and healthy subjects. In the research of behavioural trends using the projective technique, it was also revealed that the majority of subjects in all control and experimental groups were characterized by a low probability of open aggressive behaviour.

It was found that when projecting their own aggression in patients with schizophrenia increases passivity and a tendency to formalize activities, in healthy individuals the self-injurious tendencies are associated with guilt were increased.

For patients with schizophrenia, a tendency to see signs of aggression in their thinking was found. The distinctive feature of the patients was the dissociated structure of aggressive shows due to the lack of interdependencies between the cognitive, emotional and behavioural components. In addition, men with a long disease course have undifferentiated behavioural and cognitive components. This feature confirmed our hypothesis that patients with schizophrenia have difficulty differentiating the shows of their own aggression in their experiences and thoughts.

In the research of aggression by the standardized self-reporting method, a possible equivalence of animate and inanimate objects of behavioural aggression for patients with schizophrenia was indirectly discovered.

The role of self-destructiveness acceptance in the functioning of interpersonal boundaries of schizophrenic patients and healthy subjects was investigated. By accepting our own aggressiveness, we understand the willingness to see ourselves as aggressive, that is, the tendency when answering questions to find signs of aggression in your behaviour, feelings and opinions (Enikolopov S.N., 2011). The awareness refusal of their aggressiveness was found in the contradiction of the results of the diagnosis of aggressiveness by questionnaire methods with the data of projective techniques.

The subjects with schizophrenia and healthy individuals were divided into four groups according to the level of destructiveness. The division was based on two parameters. The first parameter is the level of destructiveness according to the projective method. The first parameter was measured using Szondi test. It was represented by the motivational propensity to aggression and destruction (s). The second parameter is the level of destructiveness according to the questionnaire. It was measured on the scale «destructive aggression» of Ego structural test of Ammon. According to the first parameter, all subjects were divided into two groups – those with a low level of destructive drive intensity and those with a high level of destructive drive intensity. Then the subjects of each group were divided into two groups taking into

account the second parameter. Thus, the first group included subjects with low levels of destructiveness according projective techniques and according to the questionnaire, the second group included subjects with a low level of destructiveness according projective techniques and high level according to the questionnaire, the third group included subjects with a high level of destructiveness according projective techniques and low level according to the questionnaire, the fourth group included subjects with a high level of destructiveness according projective techniques and questionnaire.

In groups of patients with schizophrenia «with a low level of destructiveness», «with low destructiveness, who see themselves as destructive», «with high destructiveness and low ability to accept it», the functioning of constructive interpersonal boundaries is most associated with constructive internal self-delimitation, which is shown by the ability to distinguish external and internally, to differentiate inner experiences, to separate their own fantasies from real events and actions. In healthy individuals in similar groups, the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with the level of interpersonal dependence and the indicator «deficient narcissism», which is understood as a lack of ability to form a holistic attitude to oneself, develop a differentiated idea of their own personality, and realistically evaluate oneself. Deficient narcissism is shown in behaviour with low self-esteem, dependence on others, the inability to establish and maintain interpersonal relationships without compromising their interests, difficulties in identifying their own motives and desires, excessive conformity, expressed dependence, and a sense of inferiority. In all three of these groups of healthy individuals, the lower the deficit narcissism, the more interpersonal relationships are more constructive.

In the group of patients with schizophrenia «with high destructiveness», the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with a low emotional component of aggression in combination with high constructive components of narcissism and anxiety, reflecting the ability to adequately differentiate external dangers and adequately evaluate themselves. In the group of healthy individuals «with high destructiveness», the constructiveness of interpersonal boundaries is associated with the

constructive functioning of the inner Ego boundaries, the absence of a tendency to accumulate negatively colored experiences, and low deficient sexuality.

In patients with schizophrenia, the functioning of constructive interpersonal boundaries is associated with various factors, depending on the features of destructiveness. In the group of patients with schizophrenia «with a low level of destructiveness» it is associated with the degree of focus on interpersonal interaction and the formation of communication skills. In the group of patients with schizophrenia «with low destructiveness, who see themselves as destructive» it is associated with the level of development of the main functions of the personal structure, the presence of a desire to preserve symbiotic relationships. In the group of patients with schizophrenia «with high destructiveness and low ability to accept it» it is associated with the level of development of the inner Ego boundaries, reflecting the ability to regulate the needs of drives. In the group of patients with schizophrenia «with a high level of destructiveness» it is associated with the ability to discharge emotional stress.

These features indicate the need to select differentiated corrective programs taking into account the features of destructiveness.

Based on the results of an empirical research, recommendations were formulated for psychocorrection measures in schizophrenia. In the process of psychocorrectional and psychotherapeutic measures, it is important to differentiate the behavioural, cognitive and emotional aggression components in patients with paranoid schizophrenia. To do this, in correctional and psychotherapeutic practice, it is necessary:

— to distinguish between the patient's fantasies and reality, and emphasize the differences between the patient's thoughts, emotions, and actions («thinking» and «doing» are different things);

— to emphasize that aggression in thoughts and emotions is a natural part of human life, but it is necessary to adhere to social norms of behaviour;

— to perform a supporting function, helping the patient in interpreting the meaning of subjectively significant situations for him/her;

—to link the patient's mental stress to certain stressors, developing the object orientation of aggression.

The corrective and psychotherapeutic measures should be carried out taking into account the peculiarities of acceptance of their own destructive tendencies by patients with schizophrenia.

For patients with schizophrenia «with a low destructiveness level», psychological correction should be aimed at developing communication skills, communication skills, attitudes of social cooperation, the ability to express themselvesand understand their needs and desires. It is necessary to focus patients on reducing their interaction with physical, inanimate objects and expanding social contacts.

For patients with schizophrenia «with low destructiveness, who see themselves as destructive», there is a characteristic underdevelopment of the personal structure, a tendency to form a border with the outside world through destructive aggression shows. The target of influence is the need to maintain symbiotic relationships. The psychological correction should be aimed at developing the ability to defend their needs and desires in real behaviour in constructive ways, developing the ability to express themselves, self-expression, the ability to withstand experiences associated with anxiety without loss of integration, to differentiate between real threats and unfounded fears.

In patients with schizophrenia «with high destructiveness and low ability to accept it», the underdevelopment of the function of sexuality performs a compensatory function to maintain constructive boundaries with the outer environment. The psychological correction should be aimed at developing an understanding and acceptance of their needs and desires and their implementation in a socially acceptable form.

In patients with schizophrenia «with high destructiveness», psychological correction should be aimed at reducing self-injurious tendencies, developing the ability to cope with the experience of the emotion of anger, high internal mental tension and anxiety. It is also necessary to develop the ability of patients to understand their individual psychological characteristics, needs and desires, and their communication skills. It is possible to orient patients to increase their activity in relation to the physical environment in order to relieve inner stress.

Further promising areas of research on aggression in schizophrenia may be:

1) research of the dynamics of interpersonal boundaries in schizophrenia in the psychocorrection process (psychotherapy);

2) research of the aggressiveness structure in various schizophrenia forms;

3) research by the mechanism of interconnected functioning of interpersonal boundaries and destructiveness in patients with schizophrenia depending on gender.

REFERENCES

1. Abraham, K. Character and development / K. Abraham; trans. from German and ed. by S. F. Sirotkina; foreword of V. M. Leibin. - Izhevsk: ERGO, 2007. - 180 p.
2. Alexander, F. Psychosomatic medicine. Principles and application / F. Alexander. - Moscow: Institute for General Humanitarian Research, 2004. - 336 p.
3. Aleksandrovsky Yu . A. States of mental maladaptation and its compensation (borderline neuropsychiatric disorders). / Yu. A. Alexandrovsky. - Moscow: Nauka, 1976. - 272 p
4. Ammon, G. Dynamic Psychiatry. / G. Ammon. - St. Petersburg: Publishing House «Psychoneurologist». Institute named after V. M. Bekhterev, 1995. - 200 p.
5. Ammon, G. Psychosomatic therapy. / G. Ammon. - St. Petersburg: Retch, 2000. - 238 p
6. Anosova, Yu. V. Psychological features of young people with opiate and tobacco dependence: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / Yu. V. Anosova. - St. Petersburg, 2005. - 156 p
7. Anufriev, A. K. Compensation and adaptation as a biosocial basis for the rehabilitation of mentally ill people / A. K. Anufriev // Medical and labor examination and social and labor rehabilitation of persons with mental illness. - Moscow, 1974. - 8-22 pp.
8. Aristova, T. A. Comparative studies of the biological and psychological components of the mental adaptation of the patients with neurosis and neurosis-like schizophrenia: author's abstract. ... Cand. Sc. Psychology / T. A. Aristova. - St. Petersburg, 1999. - 24 p.

9. Babin, S. M. Psychotherapy in the system of treatment and rehabilitation of mentally ill people: author's abstract. ... Dr. Psychol. Sciences / S. M. Babin. - St. Petersburg, 2006. - 56 p.
10. Balint, M. About love and hate // Psychoanalytic aggressiveness concepts: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing house «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 149-169 pp.
11. Bandura, A. Teenage aggression. Influence research of upbringing and family relations / A. Bandura, R. Walters; trans. from English - Moscow: April Press; EKSMO-Press, 1999. - 512 p.
12. Belov, V. P., Dokuchaeva, O. N., Demonova, D. P. Clinical and social characteristics of persons prosecuted under Art. 198 of the Criminal Code of the RSFSR. M., 1981.
13. Belousov, M. L. Forensic psychiatric significance of current trends in socially dangerous actions committed by schizophrenic patients (clinical and epidemiological research): thesis. ... Cand. Sc. Medicine: 14.00.18 / M. L. Belousova. - Moscow, 2003. - 179 p.
14. Belyaev, V. P., Breslav E. A., Leifman, Yu. M., Styazhkin, V. Ya. The role of the psychoneurological dispensary in the system of providing specialized assistance to the urban population // Organization of neuropsychiatric care to the urban population. - L., 1976. - 36-43 pp.
15. Berezin F. B. Mental and psycho-physiological human adaptation / F. B. Berezin - Leningrad: Nauka, 1988. - 270 p.
16. Berkovits, L. Aggression: causes, consequences, control. / L. Berkovits. - St. Petersburg: Prime-Euroznak, 2005. - 512 p.
17. Bleicher, V. M. Clinical Pathopsychology / V. M. Bleicher, I. V. Kruk. - Moscow: Moscow Psychological and Social Institute, 2002. - 280 p.
18. Bobrova, I. N., Demonova, D.P., Svirinovsky, Y. E. Socio-legal aspect of dynamics of clinico-psychopathological and other factors affecting the socially dangerous behavior of the mentally ill people // Legal issues of forensic psychiatry. - M., 1990. - 24-32 pp.

19. Bulygina, V. G., Maltseva, M. M., Abramov, S. V. // Guide to forensic psychiatry: Pract. guide / Ed. by A. A. Tkachenko. Ch. 34. - M.: Publishing House «Yurait», 2013 - 966 p. (787-821 pp.).
20. Bulygina, V. G. Psychological concept of prevention of socially dangerous actions of persons with severe mental disorders: thesis. ... Dr. Psychol. Sciences: 19.00.04 / V. G. Bulygina. - Moscow, 2015. -393 p.
21. Baron, R. Aggression / R. Baron, D. Richardson. - St. Petersburg: Piter, 1999. - 352 p.
22. Vandysh-Bubko, V. V. On the forensic psychiatric evaluation of organic schizophrenia-like mental disorders // Russian Psychiatric Journal. - 2006. - No. 1. - 21-25 pp.
23. Vandysh-Bubko, V. V. Organic Mental Disorder and Aggressiveness: Principles and Some Models of Forensic Psychiatric Expertise // Psychiatry and Society. - M., 2001. - 227-233 pp.
24. Vasilieva, N. V. Clinical and psychological research of human aggressiveness: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / N. V. Vasilieva. - St. Petersburg, 1998. - 296 p.
25. Vasilieva N. V. Forensic examination and its clinical and psychological grounds: practical guide. / N. V. Vasilieva, I. A. Gorkovaya. - St. Petersburg: VIR, 1997. - 170 p.
26. Wasserman, L. I. Systematic approach in evaluating mental adaptation / L. I. Wasserman, M. A. Berebin, N. I. Kosenkov // Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev. - 1994. - No. 3. - 16-25 pp.
27. Wasserman , L. I. Psychological Diagnostics of Life Style Index / L. I. Wasserman , O. F. Eryshev , E. B. Klubova . - St. Petersburg: Publishing House «SPbNIPNI» named after V.M. Bekhterev, 1999. - 50 p.
28. Wasserman, L. I. Social frustration of the personality and its role in the genesis of mental maladaptation / L. I. Vasserman, M. A. Berebin // Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev. - 1998. - No. 1. - 33-35 pp.

29. Vvedensky, G. E., Tkachenko A. A., Yakovleva, E. Yu and others. Methodology of complex justification of public danger of mentally ill people who have committed sexual offenses: Methodological recommendations: Guidelines. - Moscow, 2011. - 24 p.

30. Verkhodanova, T. V. Clinical and social factors of the formation of aggressive behaviour in patients with schizophrenia: thesis. ... Cand. Sc. Medicine: 14.00.18 / T. V. Verkhodanova. - Tomsk, 2007. - 217 p.

31. Wid, V. D. Psychotherapy of schizophrenia / V. D. Wid. - 3rd edition. - St. Petersburg: Piter, 2008. - 512 p. - («Quick Guide»)

32. Vinnikova, I. N. Measures of medical prevention of socially dangerous actions of patients with schizophrenia (therapeutic, rehabilitation and pharmacoeconomic aspects of compulsory treatment): author's abstract. ... Dr. of Medicine / I. N. Vinnikova. - Moscow, 2009. - 33 p.

33. Winnicott, D. Aggression and its relationship to emotional development // Psychoanalytic concepts of aggressiveness: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 104-126 pp.

34. Winnicott, D. The roots of aggression // Psychoanalytic concepts of aggressiveness: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. - Book № 2. - 253-262 pp.

35. Voitenko, R. M. Social psychiatry with the basics of medical and social expertise and rehabilitation: hands. for doctors and psychologists / R. M. Voitenko. - St. Petersburg: IKF «Foliant», 2002. - 256 p.

36. Volovik, V. M. Formation features of adaptive behaviour of patients with low-grade schizophrenia / V. M. Volovik, A. P. Kotsjubinsky, N. S. Scheinina // Early mental rehabilitation. - Leningrad, 1984. - 39-46 pp.

37. Volozhin, A. I. Adaptation and compensation - a universal adaptation mechanism / A. I. Volozhin, Yu. K. Subbotin. - Moscow: Medicine, 1987. - 176 p.

38. Garanyan, N. G. Perfectionism and hostility as personal factors of depressive and anxiety disorders: author's abstract. ... Dr. Psychol. Sciences / N. G. Garanyan. - Moscow, 2010. - 42 p.

39. Golenkov , A. B. Killing and schizophrenia: forensic aspects / A. V. Golenkov // Issues of forensic examination and compulsory treatment of mentally ill people: the materials of the regional scientific-practical. conf. - Penza, 2011. - 16-19 pp.

40. Grigoriev, I. S., Denisov, M. F., Snedkov, E. V. Standardized methods for predicting violent acts patients who are on compulsory treatment // Human Ecology. - 2013. - No. 12. - 52-55 pp.

41. Greenberg, L. Introduction to Bion work: groups, cognition, psychoses, transformation, psychoanalytic practice / L. Greenberg, D. Sor, E. T. de Biancedi; trans. from English A. Shutkova. - Moscow: Kogito-Center, 2007. - 156 p.

42. Dmitriev, A. S., Vinnikova, I. N., Ospanova, A.V. Clinical justification of recommendations for changing and terminating coercive medical measures in patients with schizophrenia: Methodological recommendations. - M., Medical Center «Roszdrav ». - 2009. - 16 p.

43. Dmitrieva, T. B. Clinical substantiation of recommendations for changing and terminating compulsory medical measures in patients with schizophrenia: Methodological recommendations. - M.:Ministry Of Health And Social Development of the Russian Federation «Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry», 2009. - 16 p.

44. Dmitrieva, T. B. Shostakovich, B. V., Tkachenko, A. A., Guide to forensic psychiatry. - M., 2004. - 592 p.

45. Dozortseva, E. G. Abnormal personality development in adolescents with illegal behaviour. - M., 2004. - 352 p.

46. Dozortseva, E. G., Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination of juvenile defendants. The participation of a psychologist in treatment of juvenile defendants // Adolescent

Forensic Psychiatry / A Guide for Physicians / Ed. By V.A. Gurieva. - M., 1998. 277-298 pp.

47. Dozortseva, E. G., Comprehensive judicial psychological and psychiatric examination of juvenile defendants (psychological aspect): thesis ... Cand. Sc. Psychology. M., 1988.

48. Enikolopov, S. N. Actual problems of aggressive behavior research / S. N. Enikolopov // Applied Legal Psychology. - 2010. - No. 2. - 37-47 pp.

49. Enikolopov, S. N. Hostility and the problem of human health / S. N. Enikolopov, A. V. Sadovskaya // Journal of Neurology and Psychiatry. Korsakova. - 2000. - No. 7. - 59-64 pp.

50. Enikolopov, S. N., Cannes, L. V., Kuznetsova, Yu. M., Chudova, N. V. Model for adopting one's own aggressiveness // Forum of Aggressology. - 2011. - No. 1. - 27-41 pp.

51. Enikolopov, S. N. Psychology of hostility in medicine and psychiatry. Therapy of mental disorders / S. N. Enikolopov // Therapy of mental disorders. - 2007. - No. 1. - 18-22 pp.

52. Enikolopov, S. N. Psychometric analysis of the Russian-language version of the questionnaire for the aggression diagnosis by A. Buss and M. Perry / S. N. Enikolopov, N. P. Tsibulsky // Psychological Journal - 2007. - No. 1. - 115-124 pp.

53. Zharikov, N. M., Shumakov, V. M. Assessment of the social danger of patients with schizophrenia according to epidemiological studies // Korsakov's journal of Neuropathology and psychiatry. - 1995. - No. 2. - 15-21 pp.

54. Zeygarnik, B. V. Self- regulation violation of cognitive activity in patients with schizophrenia / B. V. Zeigarnik, A. B. Kholmogorova // Journal of Neuropathology and Psychiatry. S. S. Korsakova. - 1985. - Vol. 85, No. 12. - 1813-1819 pp.

55. Zeigarnik, B. V. Pathology of Thinking / B. V. Zeigarnik. - Moscow: Publishing House of Moscow University, 1962. – 242 p.

56. Zeigarnik, B. V. Personality psychology: norm and pathology: selected psychological works / B. V. Zeigarnik; under the editorship of M. R. Ginzburg. - 2nd edition. - Moscow: Publishing House of Moscow psychological and social Institute; Voronezh: Publishing House «MODEK», 2003. - 416 p.

57. Immerman, K. L., Kachaeva, M. A., Romasenko, L. V., Socially dangerous actions of mentally ill women and ways to prevent it // The First Congress of Psychiatrists in Socialist Countries. - M.: Publishing House National medical research center of psychiatry and addiction psychiatry named after V. P. Serbsky, 1987. - 346-351 pp.

58. Isaeva, E. R. Coping with stress and protective behaviour of an individual, etc., and disorders of mental adaptation of various origins: author's abstract. ... Dr. Psychol. Sciences / E.R. Isaeva. - St. Petersburg, 2010. - 58 p.

59. Kabanov, M. M. Psychosocial rehabilitation and social psychiatry. - St. Petersburg: Publishing House of St. Petersburg Research Institute named after V. M. Bekhterev, 1998. - 256 p.

60. Kabanov, M. M. Rehabilitation of mentally ill people in a changing world / M. M. Kabanov // Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev. - 1995. - No. 4. - 175-182 pp.

61. Kazakova, I. A. Psychological diagnosis and correction of emotional disorders in chronic gastritis: author's abstract. ... Cand. Sc. Psychology / I. A. Kazakova. - St. Petersburg, 2009. - 23 p.

62. Kazakovtsev, B. A. Psychiatric Reform // Russian Psychiatric Journal. - 2005. - No. 1. - 57-59 pp.

63. Kazakovtsev, B. A., Boukreev, N. V., Bulygin, V. G., Malkin, D. A. Prevention problems of repeated socially dangerous actions of mentally ill people // Forensic psychiatry: prevention of illegal behaviour of persons with mental disorders / ed. by V. V. Vandysh. - M.: «The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry», Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 2011. Issue № 8. - 100-109 pp.

64. Kazakovtsev, B. A., Malkin, D. A., Bukreev, N. V., Bulygina, V. G. Development of methods for optimizing psychocorrectional care for people in compulsory treatment in psychiatric hospitals: Methodological recommendations // Mental health. - 2012. No. 9. - 29-39 pp.

65. Kazakovtsev, B. A., Vinogradova, R. N., Styazhkin, V. D. and others. Prevention of offenses and medical and social rehabilitation of persons with mental disorders who have committed socially dangerous acts // Russian Psychiatric Journal. - 2001. - No. 6. - 48-51 pp.

66. Kazakovtsev, B. A., Malkin, D. A., Bukreev, N. V., Bulygina, V. G. Improving the activities of specialized-type psychiatric hospitals with intensive monitoring // Mental Health. - 2011. No. 5. - 3-31 pp.

67. Kalashnikova, A. A., Safuanov, F. S. The role of mental disorders (except for sanity) in the formation of multidirectional aggression // Russian Psychiatric Journal. 2010. - No. 4. - 16-22 pp.

68. Kaplan, G. I. Clinical Psychiatry: in 2 volumes / G. I. Kaplan, B. D. Sedok; trans. from English - Moscow: Medicine, 1994. - Vol. 1. - 672 p.

69. Katan, E. A. Psychopathological profile of paroxysmal-progressive paranoid schizophrenia and its effect on the social functioning of patients: thesis ... Cand. Sc. Medicine: 14.00.18. / E. A. Katan. - Orenburg, 2007. - 156 p.

70. Kernberg, O. F. Aggression in personality disorders and perversions / O. F. Kernberg; trans. From English A. F. Uskova. - Moscow: Independent firm «Class», 2001. - 368 p.

71. Klein, M. Contribution to the psychogenesis of manic-depressive states // Klein M. Psychoanalytic works. - Izhevsk: ERGO, 2007. - Vol. 2: Love, guilt and reparation. - 139–177 pp.

72. Kovalev, P. A. Age-gender characteristics of reflection in consciousness of the structure of one's own aggressiveness and aggressive behavior: author's abstract. ... Cand. Sc. Psychology / P. A. Kovalev. - St. Petersburg, 1996. - 18 p.

73. Kondratiev, F. V., Oskolkova, S. N., Vasilevsky, V. G. Schizophrenia and aggression: new problem perspectives // Aggression and mental health: collective monograph; ed. by T. B. Dmitrieva and B. V. Shostakovich. - SPb.: Legal Center-Press. - 2002. – 132 – 173 pp.
74. Kondratiev, F. V. Problems aspects of the public danger of persons with mental disorders // Russian Psychiatric Journal. - 2006. - No. 3. - 64-68 pp.
75. Kondratiev, F. V. The concept of life quality for forensic psychiatry / Methodological and organizational problems of modern forensic psychiatric practice / ed. by T. B. Dmitrieva. - M.: National medical research centre of psychiatry and addiction psychiatry named after V. P. Serbsky, 2004. - Vol. 1 - 66-85 pp.
76. Kondratiev, F. V. Criminal aggression is an urgent problem of forensic psychiatry // Russian Psychiatric Journal. - 2006. - No. 1. - 17-20 pp.
77. Kondratiev, F. V. Prevention of repeated socially dangerous actions of the mentally ill people: Methodological recommendations. - M.: Ministry of Health of the USSR, 1986. - 51 p.
78. Korzun, D. N., Tkachenko, A. A. Methodology for probabilistic expert conclusions forensic expert governmental solutions // Neurological Gazette. Magazine named after V. M. Bekhterev. - 2013. - Vol. XIV. - No. 4. - 11-18 pp.
79. Kotov V. P., Maltseva, M. M. Rehabilitation features of patients with various psychopathological mechanisms of socially dangerous actions // Issues of rehabilitation of mentally ill people who committed socially dangerous actions. - M., 1989. - 12-25 pp.
80. Kotov, V. P., Maltseva, M. M. Some debatable problem aspects of public danger of mentally ill people // Psychiatry and Society. - M., - 2001. - 255-269 pp.
81. Kotov, V. P., Maltseva, M. M. Some statistical indicators of activities for the prevention of dangerous actions // Social and clinical psychiatry. - 2012. - Vol. 22. - No. 3. - 11-14 pp

82. Kotov, V. P., Maltseva, M. M. On compliance of the type of compulsory treatment with the nature of a socially dangerous act // Mental Health. - 2012. - Vol. 10. - No. 11 (78). - 19-22 pp.
83. Kotov, V. P., Maltseva, M. M. Rehabilitation features of patients with various psychopathological SDA mechanisms //. - M., 1989. - 12 – 25 pp.
84. Kotov, V. P., Maltseva, M. M., Bulygin, V. G. and others. Compulsory treatment in a psychiatric hospital: Doctor's guide. - M., 2010. –345 p.
85. Kotov, V. P., Maltsev, M. M., Polubinskaya, S. V. Legal problems of the use of coercive measures of a medical nature // Russian Psychiatry Journal. - 2012. - No. 5. - 31-35 pp.
86. Kotov, V.P., Shishkov, S. N., Polubinskaya, S. V. and others. The current state of legislative regulation of the procedure for the implementation of the compulsory medical measures prescribed by the criminal code for persons with severe mental disorders // Mental Health. - 2013. - Vol. 11. - No. 7 (86). - 3-15 pp.
87. Kotsyubinsky, A. P. Adaptation of mentally ill people (clarification of the basic concepts) / A. P. Kotsyubinsky, N. S. Sheinina // Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V. M. Bekhterev. - 1996. - No. 2. - 203-212 pp.
88. Kochenov, M. M. Theoretical basis of forensic psychological examination. - M.: 1991.
89. Kravchenko, I. V. Non-suicidal auto-aggression in patients with paranoid schizophrenia undergoing compulsory treatment: thesis. ... Cand. Sc. Medicine: 14.01.06 / I. V. Kravchenko. - St. Petersburg, 2011. - 143 p.
90. Kritskaya, V. P. Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition / V. P. Kritskaya, T. K. Meleshko, Yu. F. Polyakov. - Moscow, 1991. - 256 p.
91. Kuderinov S. V. Homicidal behaviour in adolescents with schizophrenia (clinic, diagnostic qualification and forensic psychiatric aspect): thesis. ... Cand. Sc. Medicine: 14.00.18 / S. V. Kuderinov. - Moscow, 2004. - 178 p.

92. Kudryavtsev, I. A. Moral sphere of consciousness of delinquent offenders. Part 2. // Psychological Journal. - 2007. - Vol. 28. - No. 3. - 76-95 pp.

93. Kudryavtsev, I. A. Moral sphere of consciousness of delinquent offenders. Part 1. // Psychological journal. - 2007. - Vol. 28. - No. 2. - 78-94 pp.

94. Kudryavtsev, I. A. Psychology of Limited Sanity // Mental Health. - 2011. - Vol. 9. - No. 10 (65). - 99-103 pp.

95. Kudryavtsev I. A. Forensic psychological and psychiatric examination. - M.: Legal literature, 1988. - 224 p.

96. Kudryavtsev, I. A., Lapshina, E. N. Psychological mechanisms and effects of the influence of character pathology on self-regulation of socially dangerous actions // Russian Psychiatric Journal. - 2008. - No. 3. - 29-35 pp.

97. Kudryavtsev, I. A., Lapshina, E. N. Psychological approaches to the problem of self-regulation and their applied significance for solving issues of forensic practice (Article 22 of the Criminal Code of the Russian Federation): Analytical review. - M.: State Medical Center «Roszdrav », 2010. - 38 p.

98. Kudryavtsev, I. A., Ratinova, N. A. Criminal aggression. - M.: Publishing House of Moscow University, 2000. - 192 p.

99. Kudryavtsev, I. A., Ratinova, N. A., Savina, O. F. An active approach to expert analysis of violent offenses // Psychological Journal. - 1997. - Vol. 18. - No. 3. – 45 p.

100. Kuznetsova, S. O. Psychological features of hostility in mental pathology: schizophrenia, schizoaffective and affective disorders: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / S. O. Kuznetsova. - Moscow, 2007. - 154 p.

101. Kurbatova, T. N. The projective method of personality research – «Hand test»: handbook / T. N. Kurbatova, O. I. Mulyar. - St. Petersburg: «IMATON», 1996. - 56 p.

102. Levitov, N. D. Mental aggression state / N. D. Levitov // Issues of psychology. - 1972. - No. 6. - 168-173 pp.

103. Lombroso, Ch. Criminal man. / Ch. Lombroso. - Moscow: Eksmo, 2005. 880 p.

104. Lorenz, K. Aggression (so-called «evil») / K. Lorenz; trans. From German. - Moscow: Publishing group «Progress»; «Univers», 1994. - 272 p.

105. Lyubov, E. B. Economic burden of schizophrenia in Russia / E. B. Lyubov, V. S. Yastrebov, L. S. Shevchenko // Social and Clinical Psychiatry. - 2012. - Vol. 22, No. 3. - 36-42 pp.

106. Mac-Williams, N. Psychoanalytic Diagnostics: understanding the structure of personality in the clinical process / N. Mac-Williams; trans. from English - Moscow: Independent firm «Class», 2001. - 480 p.

107. Makushkina, O. A., Holland, V. B., Yakhimovich, L. A. The significance of medical measures in the system of prevention of socially dangerous actions of mentally ill people // Russian Psychiatric Journal. - 2013. - No. 4. - 20-26 pp.

108. Makushkina, O. A., Kotov, V. P., Maltsev, M. M. and others. The system of the profile of the public danger of mentally ill people in Russia in 2006-2013 (dynamics of indicators and analysis of effectiveness): Analytical review. - M: Federal State Budgetary Institution «Medical Research and Design Institute named after V.P. Serbsky» Ministry of Health of the Russian Federation, 2015. - 192 p.

109. Makushkina, O. A., Polubinskaya, S.V. Choice of coercive measures of a medical nature in the prevention context of public danger in people with mental disorders // Russian Psychiatric Journal. - 2014. - No. 6. - 11-17 pp.

110. Makushkina, O. A., Polubinskaya, S. V. Problems of the appointment and execution of outpatient compulsory observation and treatment by a psychiatrist for persons with severe mental disorders // Russian Psychiatric Journal. - 2013. - No. 5. - 14-19 pp.

111. Makushkina, O. A., Simbirtsev, A. A. Trends in social and clinical-psychopathological characteristics of mentally ill people with socially dangerous behaviour // Russian Psychiatric Journal. - 2014. - No. 3. - 10-18 pp.

112. Makushkina, O. A., Simbirtsev, A. A. Characterization and predictors of repeated dangerous behaviour of patients with severe mental disorders // Mental health. - 2014. - Vol. 12. - No. 11 (102). - 26-32 pp.

113. Makushkina, O. A., Yakhimovich, L. A. Basic principles of the activities of medical services for community-based prophylaxis of SDA for persons suffering from mental disorders // Siberian Journal of Psychiatry and Narcology. - 2012. - No. 6 (75). - 35-40 pp.

114. Mahler, M. Aggression in the service of separation-individuation - the research of the case of relations between mother and daughter // Psychoanalytic aggressiveness concepts: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 304-320 pp.

115. Mahler, M. The process of separation-individuation and the formation of identity [Electronic resource] / M. Mahler // Journal of practical psychology and psychoanalysis . - 2005. - No. 2. - Access mode: http://psyjournal.ru/index.php

116. Maltseva, M. M. Dangerous actions of the mentally ill. Psychopathological mechanisms and prevention / M. M. Maltseva, V. P. Kotov. - Moscow: Medicine, 1995. - 256 p.

117. Maltseva, M. M. Psychopathological mechanisms of socially dangerous actions of patients with mental disorders: handbooks according to legal psychiatry / ed. by T. B. Dmitrieva, B. V. Shostakovich, A. A. Tkachenko. - Moscow, 2004. - Ch. 36. - 433-443 pp.

118. Mendelevich, B. D. Moral regulation of aggressiveness in mentally ill patients (by the example of jealousy delirium) / B. D. Mendelevich, V. D. Mendelevich // Neurological Bulletin. - 2013. - No. 2. - 18-23 pp.

119. Mendelevich, V. D. Psychiatry, Society and Citizen Safety: All-Russian and Tatarstan Trends / V. D. Mendelevich, F. G. Ziganshin, T. V. Guryanova // Neurological Bulletin. - 2011. - No. 1. - 3-8 pp.

120. Merkuryeva, A. A. Characteristics of the personality and characteristics of the emotional sphere of patients with coronary heart disease with pain and painless flow options: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / A. A. Merkuryeva. - St. Petersburg, 2001. - 144 p.

121. Mikhailova, T. V. Psychological factors in the decompensation of chronic heart failure: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / T. V. Mikhailova. - St. Petersburg, 2006. - 200 p.

122. Morozov, G. V., Pechernikova, T. P., Shostakovich, B. V. Problems of sanity in forensic psychiatry. - M.: Prosveschenie, 2002. - 321 p.

123. Nadzharov, R. A. Forms of schizophrenia course // Schizophrenia (multidisciplinary study) / ed. by A. V. Snezhnevsky. - Moscow: Medicine, 1972. - 31-76 pp.

124. Neznanov, N. G. Clinical and psychopathological characteristics, prognosis and psychophysiological correction of aggressive behaviour in patients with mental illness: thesis. ... Dr. Medical Sciences: 14.00.18 / N. G. Neznanov. - St. Petersburg, 1994. - 38 p.

125. Nikolaev, E. L. Problems of spiritual improvement in the treatment of mental disorders / E. L. Nikolaev // Psychotherapy bulletin. - 2005. - No. 14. - 9-20 pp.

126. Nikolaev, E. L. The system of family and spiritual values during mental maladaptation / E. L. Nikolaev // Bulletin of Chuvash University. - 2005. - No. 2. - 90-99 pp.

127. Nosachev, G. N. Semiotics of mental illness (general psychopathology) / G. N. Nosachev, V. S. Baranov. - Samara, 2005. - 126 p.

128. Essays on Dynamic Psychiatry. Transcultural research / ed. by M. M. Kabanova, N. G. Neznanova. - St. Petersburg: Institute named after V. M. Bekhterev, 2003. - 438 p.

129. Pechernikova, T. P., Guldan, V. V., Salaev, A. S. SDA mechanisms of patients with paroxysmal schizophrenia // Prevention of socially dangerous actions of mentally ill people. - M., 2005. - 98-101 pp.

130. Platonov, K. K. The structure and development of personality / K. K. Platonov. - Moscow, 1986. - 124 p.

131. Polubinskaya, S. V. Danger of persons suffering from mental disorders in research and practice // Independent Psychiatric Journal. - 2008. - No. 1. - 19-24 pp.

132. Polyakov, Yu. F. Pathology of cognitive activity in schizophrenia / Yu. F. Polyakov. - Moscow: Medicine, 1974. - 203 p.

133. The program of training of cognitive and social skills in patients with schizophrenia / A. B. Shmukler , A. G. Garanyan , A. B. Holmogorova , A. A. Donlykova// Social and clinical psychiatry. - 2007. - Vol. 17, No. 4. - 67-77 pp.

134. Ragozinskaya, V. G. Emotional states and their neurophysiological correlates in patients with psychosomatic diseases: author's abstract. ... Cand. Sc. Psychology / V. G. Ragozinskaya. - St. Petersburg, 2010. - 24 p.

135. Ratinov, A. R. Violence, aggression, cruelty as objects of criminal psychological research / A. R. Ratinov, O. D. Sitkovskaya // Violence, aggression, cruelty. Criminal psychological research: scientific work collection - Moscow, 1989. - 4-15 pp.

136. Ratinova, N. A. Psychology of violent crimes and itd expert assessment. - M., 2001.

137. Ratinova, N. A., Kudryavtsev, A. I. Criminal aggression. Expert typology and forensic psychological assessment. - M.: Publishing House of Moscow University, - 2000. - 192 p.

138. Rean, A. A. Aggression and personality aggressiveness / A. A. Rean. - St. Petersburg, 1996. - 347 p.

139. Reverchuk, I. V. Clinical, social and ethnocultural characteristics of patients with borderline mental disorders in the Udmurt Republic: author's abstract. ... Cand. Sc. Medicine / I. V. Reverchuk. - Kazan, 2002. - 22 p.

140. Reverchuk, I. V. Psychobiological nosogenisis mechanisms of borderline mental disorders / I. V. Reverchuk // Psychiatry and Psychology Bulletin of Chuvashia. - 2006. - No. 2. - 17-26 pp.

141. Rumyantseva, T. G. A critical analysis «human aggressiveness» concepts / T. G. Rumyantseva. - Minsk: Publishing house of BSU, 1982. - 128 p.

142. Savchikova, Yu. L. Psychological characteristics of women with weight problems: thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / L. Yu. Savchikova. - St. Petersburg, 2005.-208 p.

143. Sullivan, G. Malevolence, hatred and isolation techniques // Psychoanalytic aggressiveness concepts: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. - 170-187 pp.

144. Safuanov, F. S. Actual theoretical and methodological problems of a comprehensive forensic psychological and psychiatric examination // Psychology and Law. - 2011. - No. 2. - 1-2 pp.

145. Safuanov, F. S. Clinical Psychology in Expert Practice: Training Manual. - M.: Moscow State University of Psychology and Education, 2002.

146. Safuanov, F. S. Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination of persons accused of criminally aggressive acts: Psychological aspect: thesis. ... Dr. Sc. Psychology: 19.00.04 / F.S. Saufanov. - Moscow, 2001. - 362 p.

147. Safuanov, F. S. Psychology of criminal aggression. - M.: Smysl, 2003. - 300 p.

148. Safuanov, F. S. Forensic psychological examination in criminal proceedings: Scientific and practical manual. - M.: Gardarika, Smysl, 1998. - 192 p.

149. Semenyuk, L. M. Psychological characteristics of the aggressive behaviour of adolescents and the conditions for its correction / L. M. Semenyuk. - Moscow, 1996. – 96 p.

150. Sitkovskaya, O. D. Motivation of aggressive behaviour of juvenile delinquents // Violence, aggression, cruelty (criminal-psychological research). - M., 1989.

151. Smulevich, A. B. Defect states in schizophrenia // Psychiatry manual / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 2. - 465-471 pp.

152. Snezhnevsky, A. V. Introduction // Psychiatry guide / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 1. - 17-27 pp.

153. Snezhnevsky, A. V. Regularities of syndrome formation and mental illness course // Psychiatry guide / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 1. - 78-86 pp.

154. Snezhnevsky, A. V. General psychopathology: course of lectures / A. V. Snezhnevsky. - Valdai, 1970. - 190 p.

155. Snezhnevsky, A. V. Etiology and pathogenesis of mental illness. Pathos in psychiatry. Clinical psychopathology // Psychiatry guide / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 1. - 87-92 pp.

156. Sobchik, L. N. Modified Szondi technique (test of eight drives) / L. N. Sobchik. - St. Petersburg: Rech, 2002. - 128 p. - (Portrait Election Method - adapted version of Szondi test)

157. Solovyova, S. L. Aggressiveness as a property of personality in norm and pathology: thesis. ... Dr. Sc. Psychology: 19.00.04 / S. L. Solovyova. - St. Petersburg, 1996. - 600 p.

158. Szondi, L. Cain. Images of Evil / L. Szondi. - Moscow: Kogito-Center, 2013. - 214 p.

159. Szondi, L. Textbook of experimental drive diagnostics: deep psychological diagnostics and its application in psychopathology, psychosomatics, forensic psychiatry, criminology, psychopharmacology, professional and teenage counseling, characterology and ethnology / L. Szondi; trans. From German. - Moscow: Kogito-Center, 2005. - 557 p.

160. Spotnitz, H. Modern psychoanalysis of a schizophrenic patient. Theory of Technology / Hyman Spotnitz. - St. Petersburg: East European Institute of Psychoanalysis, 2004. - 296 p.

161. Styzhkin, V. D., Tarasevich, L. A. Modern rehabilitation programs in the context of compulsory treatment of mentally ill patients: Federal State Institution «St. Petersburg Psychiatric Hospital (Hospital) of a specialized type with

intensive supervision» of Roszdrav (St. Petersburg) // Russian Psychiatric Journal: Scientific and Practical Journal. - 2006. - No. 2. - 37-40 pp.

162. Tiganov, A. S. Clinical Psychopathology // Psychiatry guide / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 1. - 27-76 pp.

163. Tiganov, A. S. Schizophrenia // Psychiatry guide / ed. by A. S. Tiganova. - Moscow: Medicine, 1999. - Vol. 1. - 407-554 pp.

164. Tkachenko, A. A. Probabilistic conclusions of forensic psychiatric expert studies (message 1) // Russian Psychiatric Journal. - 2006. - No. 1. - 48-53 pp.

165. Tkachenko, A. A. Probabilistic conclusions of forensic psychiatric expert research (message 2) // Russian Psychiatric Journal. - 2006. - No. 4. - 58-65 pp.

166. Trifonova, E. A. Psychosocial factors of impaired mental adaptation and quality of life in patients with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM): thesis. ... Cand. Sc. Psychology: 19.00.04 / E. A. Trifonova. - St. Petersburg, 2005. - 180 p.

167. Tupitsyn, Yu. Ya. Ego structural test of Ammon. Questionnaire for assessing central personality functions at a structural level: manual for psychologists and doctors / Yu. Ya. Tupitsyn, V. V. Bocharov, T. V. Alkhazova. - St. Petersburg, 1998. - 70 p.

168. Usov, G. M. The public danger of persons suffering from mental disorders (clinical, pathogenetic and rehabilitation aspects): author’s abstract. ... Dr. Psychol. Sciences / G. M. Usov. - Tomsk, 2008. - 47 p.

169. Usov, G. M., Fedorova, M. Yu. Legal regulation of psychiatric care: Textbook for universities («Education»). - M.: ZAO «Justicinform», 2006. - 304 p.

170. Freud, A. Towards the Problem of Aggression // Psychoanalytic Concepts of Aggression: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 90-103 pp.

171. Freud, A. Connection of aggression and emotional development: norm and pathology // Psychoanalytic concepts of aggressiveness: in 2 books. /

scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 82-89 pp.

172. Freud, Z. Interest in psychoanalysis: collection / Z. Freud; trans. From German. - Minsk: OOO «Potpourri», 2004. - 592 p.

173. Freud, Z. On the other side of the principle of pleasure: collection / Z. Freud; trans. from German. - Minsk: Harvest, 2004. - 432 p.

174. Freud, Z. Fear and life of drives // Introduction to psychoanalysis: lectures. - St. Petersburg: Peter, 2004. - Lecture № 32. - 349-369 pp.

175. Hymann, P. Notes on the theory of the instincts of life and death // Psychoanalytic aggressiveness concepts: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. – Book № 2. - 127-148 pp.

176. Holmogorova, A. B. Violations of the reflexive regulation of cognitive activity in schizophrenia: thesis. ... Cand. Sc. Psychology / A. B. Holmogorova. - Moscow: 1983. - 219 p.

177. Holmogorova, A. B. Psychotherapy of schizophrenia: models and trends // Moscow Psychotherapeutic Journal. - 1993. - No. 2. - 77-112 pp.

178. Khudjakova Yu. Yu. The correlation of motivational tendencies with manifestations of aggressiveness in patients with paranoid schizophrenia. // Bekhterev Journal 2014. T. XLVI. № 3. C. 99-103.

179. Khudjakova Yu. Yu. Destructivity and boundaries in patients with schizophrenia. // Bulletin of Udmurt University. Series Philosophy, Psychology and Pedagogy. 2017 . T. 27. № 2. C. 219-226.

180. Khudjakova Yu. Yu. Particular properties of motivational tendencies and regulation of aggressiveness of patients with paranoid schizophrenia. // Psychology and Psychotechnics . 2015. № 8. C. 832-838. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.8.16294

181. Khudjakova Yu. Yu. Reverchuk I. V. The structure of aggressiveness and compensatory behavioral trends in patients with paranoid schizophrenia. // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2016. T. 116. № 10. C. 24-27.

182. Chapala, T. V. Psychological risk factors in the clinical dynamics of coronary heart disease: thesis. Cand. Sc. Psychology: 19.00.04. - Samara, 2012. - 176 p.

183. Schizophrenia: vulnerability-diathesis-stress-disease / A. P. Kotsyubinsky, A. I. Skorik, I. O. Aksenova, N. S. Sheinina, V. V. Zaitsev, T. A. Aristova. G. V. Burkovsky, B. G. Butoma, A. A. Chumachenko; foreword of N. G. Neznanova. - St. Petersburg: Hippocrates +, 2004. - 336 p.

184. Shishkov, S. N. Enforcement of coercive measures of medical nature // Legality. - 2007. - No. 6. 2-6 pp.

185. Shishkov, S. N. Legal Aspects of Compulsory Medical Measure Application // Forced treatment in the system of prevention of socially dangerous actions of mentally ill people. - M. 1987.

186. Shostakovich, B. V. Fundamentals of forensic psychiatry. - M.: Publishing House of Higher School of Economics, 2005. - 224 p.

187. Spitz, R. Aggression: its role in establishing object relations // Psychoanalytic concepts of aggressiveness: in 2 books. / scientific. ed. by S. F. Sirotkin. - Izhevsk: Publishing House «Udmurt University», 2004. - 188-206 pp.

188. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br. J. Psych. – 2006. – Vol. 189. – P 373-378

189. Alfarnes S.A. Structured clinical risk assessment of violence. Project report from the Hospitals of Molde and Aker. - 2001

190. Blackburn, I. M. The pattern of hostility in affective illness / I. V. Blackburn // British Journal of Psychiatry. – 1974. – Vol. 125. – P. 141-145.

191. Ching-Yen Chen. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia / Ching-Yen Chen, Chia-Yin Liu, and Yong-Yi Yang // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2001. – Vol. 55. – P. 383-387.

192. Dollard, J. Frustration and aggression / J. Dollard, N. E. Miller, L. M. Doob, O. H. Mowrer, R. R. Sears. – New Haven : Yale University Press, 1939. – 209 p.

193. Free, N. K. Separation anxiety in panic disorder / N. K. Free, C. N. Winget, R. M. Whitman // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, № 4. – P. 595-599.

194. Garma, A. On the pathogenesis of peptic ulcer / A. Garma // International journal of psycho-analysis. – 1950. – Vol. 31. – P. 53-72.

195. Grann M., Laengstroem N., Yourstone J. SBU-report. Risk assessment of violence in psychiatry. Is it possible to make risk assessments? A methaanalyzis. Social Governmental Department, Sweden 2005

196. Green T., Batson A., Gudjonsson G. The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders // Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. -2011. – Vol. 22 – P. 252-265.

197. Hartmann, Heinz: The metapsychology of schizophrenia // Psychoanalytic Study of the Child. – New York, International Universities Press, 1953. – Vol. 8. – P. 177-198.

198. Hartvig P., Alfarnes S.A. et al. Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities //Nord J.Psychiatry. – 2006 – Vol 60. -243 p.

199. Hendrick, Ives. Ego defense and the mechanism of oral rejection in schizophrenia: psychoanalysis of a pre-psychotic case / I. Hendrick // Int. J. Psychoanal. – 1931. – Vol. 12. – P. 298-325.

200. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – Vol. 13. – P. 261-275.

201. Klein, Melanie: The importance of symbol-formation in the development of the ego / M. Klein // Int. J. Psychoanal. – 1930. – Vol. 11. – P. 24-39.

202. Miller, N. E. The Frustration-Aggression Hypothesis / N. E. Miller // Psychological review. – Washington, 1941. – Vol. 48. – P. 337-342.

203. Milton, J. Cases of aggressive behavior in first-episode psychosis / J. Milton // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 433-440.

204. Monagan J., Steadman H.J. Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders // Psychiatr Serv. - 2005. –V.56. –P.810-815

205. Mullen, P. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies / P. Mullen // Advances in Psychiatric Treatment. – 2006. – Vol. 12. – P. 239-248.

206. Mullin S. Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? And exploratory study with implications for rehabilitation // Legal and Criminological Psychology. - 2007. –V.12. – P.117-131

207. Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D.W. et l. Illness anagement and recovery: a review of the research // Pshychiatr Serv. -2002 – V.53. – P.1272-1284.

208. Nunberg, Herman: The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia / H. Nunberg // Practice and Theory of Psychoanalysis. – New-York : International Universities Press, 1948. – № 74.

209. Rosenfeld, Herbert A. Analysis of a schizophrenic state with de-personalization / H. A. Rosenfeld // Int. J. Psychoanal. – 1947. – Vol. 28. – P. 130-139.

210. Schalast N., Redies M., Collins M., Stacey J., Howells K. Essen CES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards // Criminal Behaviour and Mental Health. – 2008. – Vol. 18(1) – P.49-58

211. Spotnitz, Hyman: Adolescence and schizophrenia; problems in differentiation // S. Lorand, H. Schneer. Adolescents: Psychoanalytic Approach to Problems and Therapy. – New York : Paul Hoeber, 1961. – P. 19-50.

212. Suris A., Lind L., Emmet G., Borman P.D., Kashner M., Barrat E.S. Measures of aggressive behavior: Overview of clinical and researxh instruments // Aggression and Violent Behavior. -2003. – V.9. – P.165-227

213. Zilboorg, Gregory. The deeper layers of schizophrenic psychoses / G. Zilboorg // Amer. J. Psychiat. – 1931. – Vol. 88. – P. 493-611.

214. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. Assessing risk for violence. Simon Fraser University. – 1997

215. Whittington R., Hockenhull J.C. et all. A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behavior // Health technology assessment. – 2013. – V.17.

APPENDIX

(clinical examples)

The Appendix contains four clinical examples. The first patient (male) is conditionally related to the group of schizophrenic patients with **«low destructiveness»**. The second patient (female) belongs to the group of schizophrenic patients **«with low destructiveness, who see themselves as destructive»**. The third patient (male) belongs to the group of schizophrenic patients **«with high destructiveness and low ability to accept it»**. The fourth patient (female) belongs to the group of schizophrenic patients **«with high destructiveness»**

Example 1. A male patient, aged 27, was admitted for the first time. Diagnosis: «paranoid schizophrenia». The patients is unmarried; lives alone; with higher education; works in his field; takes an interest in yoga, philosophy, and psychology. During his stay in hospital he often consulted a psychologist; willingly shared his feelings; was trying to perceive himself and his "unusual feelings"; proposed his own models of mental functioning. He mentioned that formerly he had been thinking he was a homosexual, but later had realized he was wrong. After discharge, he took supportive therapy and consulted a psychologist trying to understand his own feelings. He continued working in his field, preserved his former hobbies, and was socially well-adjusted.

The patient can be conventionally classed with the «**low destructiveness**» group of schizophrenia patients. The patient is characterized by a low intensity of drive to destruction (Figure 2) and a low level of symbiosis destructiveness (Figure 3). Besides, according to the Szondi Test results, he was characterized by the undifferentiationness of sexual drive; good nature; gentleness; sociability; spontaneous and ingenuous behavior; ambitiousness; inclination to self-extension; inclination to seize power by means of his merits; inclination to self-re-assessment; strive for self-development; strive for dominance in relationships; strive for power; and a sense of hierarchical ranking.

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
					X		
X		X			X	X	X
X		X		X	X	X	X
X	X	X	X	X		X	X
X						X	X
X							X

Figure 2. Szondi Test results of the patient in Example.

The patient's personality profile (Ego Structure Test by Ammon) is presented in Figure 2. The profile is characterized by the predominance of the constructive components of the Ego-functions of the inner Ego demarcation, outer Ego demarcation, aggression, anxiety, and narcissism. An undifferentiationness in the assessment of his own sexual peculiarities has been revealed.

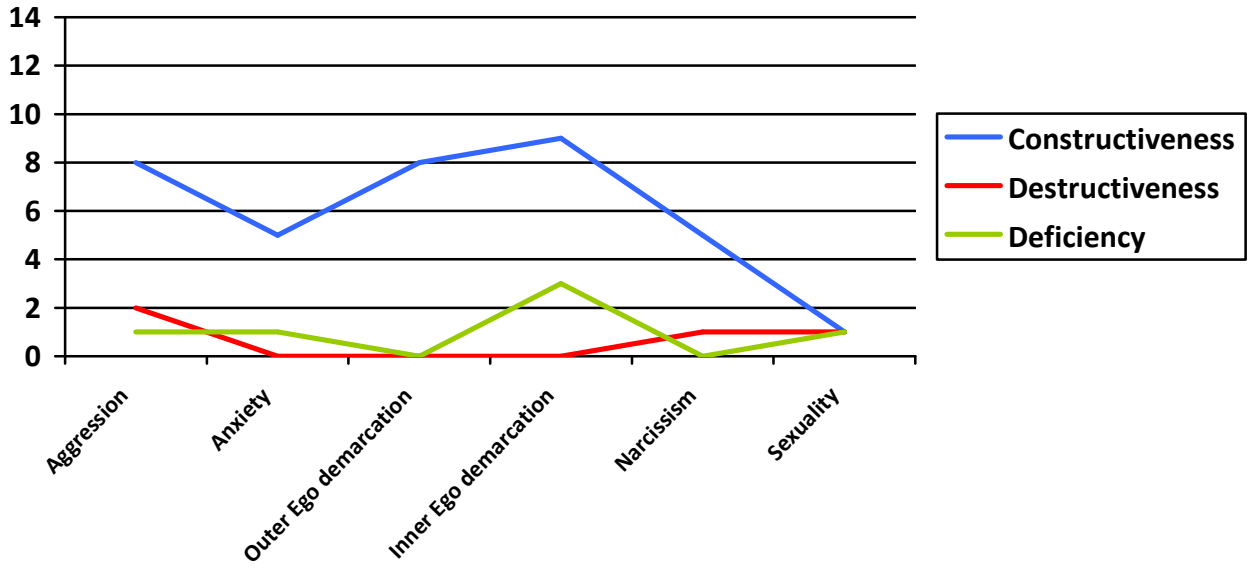


Figure 3. Results of the Ego Structure Test by Ammon of the patient in Example 1.

Thus, the patient in the mentioned case is socially adjusted, his level of adjustment being influenced by the following psychological factors:

4) A sufficiently developed constructive component of the Ego-function of the inner Ego demarcation. The patient is oriented at self-perception and he actively strives to differentiate and sort out his feelings.

5) Orientation at communication; formation and development of interpersonal relationships; ability to communicate in a substantive and businesslike manner.

6) Strive for Ego-extension, power and self-development.

Example 2. A female patient, aged 54, has been under psychiatric observation since 1985, the diagnosis being «paranoid schizophrenia; pronounced emotional-volitional paranoid defect». The patient has higher education; does not work; was assigned Category I disability; unmarried; lives with relatives. In the clinical picture, hallucination paranoid symptoms prevail. She imagines herself to be the wife of one of the hospital's psychiatrists and pursues him. Earlier, she frequently called him at home.

She managed to collect most detailed information about all his family members. She calls the doctor's wife his sister. She actively joins in the conversation with the psychologist and shares willingly her feeling with him. She complains about her psychiatrist whom she imagines to be her husband. She says he has not given her a single gift during the entire period of their relationship; however, since "marriages are made in heaven", they have to stay together nevertheless.

The patient can be conventionally classed with the **«with low destructiveness, who see themselves as destructive»** group of schizophrenia persons. The patient is characterized by a low-intensity drive to destruction (Figure 4) and a high level of symbiosis destructiveness (Figure 5).

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
			X		X		
		X	X		X	X	
X	X	X	X		X	X	
X	X	X	X	X		X	X
		X	X	X			
				X			
				X			

Figure 4. Results of the Szondi Test of the patient in Example 2.

The patient's personality profile (Ego Structure Test by Ammon) is presented in Figure 5.

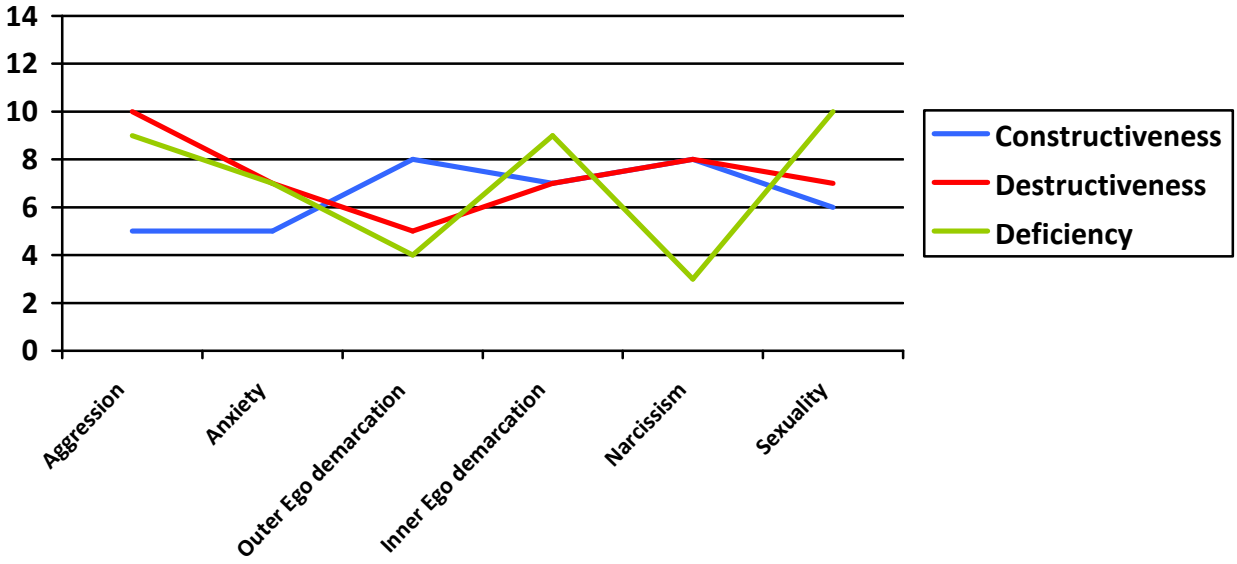


Figure 5. Results of the Ego Structure Test by Ammon of the patient in Example 2.

The patient is characterized by deficient inner Ego boundaries and an insufficient ability to differentiate her inner feelings and to distinguish her fantasies from real events and actions. At the same time, she is sociable, communicable (predominance of the constructive component of outer Ego demarcation), open to interpersonal contacts, and self-assured. However, she does not always assess her actions adequately; her perception of other people is distorted; she is inclined to construct an autistic world, which will shut her off from real interpersonal interactions (predominance of the constructive and destructive components of narcissism); she is inclined to substitute real relationships by fantasies (predominance of the deficient component of sexuality). The patient has difficulties in enduring certain levels of anxiety and in assessing differentially various types of danger (high destructive anxiety scores).

Thus, in the above case, the social maladjustment of the patient is influenced by the following psychological factors:

6) An insufficiently developed constructive component of the Ego-function of inner Ego demarcation, which results in an insufficient differentiationness of perception and feelings;
7) a high level of destructive anxiety;
8) a high level of destructive aggression.

Example 3. The patient named Sergey, aged 34; unmarried; has higher education; lives with his parents; does not work.

Since his childhood Sergey has been an unsociable and uncommunicative person. When he was at school, he took a great interest in chess. He had good school results and completed successfully the 11-classes term, after which he immediately enrolled in a high school. Being a 4-th year student, he noticed that his «brain has cooled down». His relatives noticed that Sergey became very irritable with groundless fits of rage. Later, in 2002, the patient began to suspect that he was being watched by the neighbours living in the apartment above his. He imagined that he was being watched by them through a specially made by them hole or crack in the ceiling. That made him furious, and he began slamming his fists against the wall. Being outdoors, he imagined that he was being discussed and laughed at by the people around him. He was admitted to a psychiatric hospital.

Here is a record of the doctor's conversation with the patient's father: «The father has expressed queer judgements by saying that 'as early as in his childhood he (father) realized that he possessed a hypnotic power, but he did not develop it, though he studied something about it.» He said that in everyday life he was able to transmit his feelings and impulses to other people and that his wife perceived them. He speaks with naked frankness about the feelings he experiences with his mistress; he «brings these feelings home» and attains the same feelings with his wife. He said that his son communicated with asocial persons who, probably, were adding drugs in his son's alcoholic drinks. The son used to come home drunk. When he stopped communicating with those persons, he began to suffer from withdrawal pains followed by incorrect behaviour, hallucinations, and aggression. It is supposed that the son was sexually abused, because he began to respond irritably to a highly significant for him word «gay», because his

name «Sergey» sounds like «Ser-gay». The son asked not to call him Sergey because he imagined that other people were taking him for a woman».

The psychiatric status: «The patient behaves quietly, seeking no contact with the people around him. He has characterized himself as an unsociable person from his very childhood. During the entire conversation he was mentioning his poor sight. He was constantly mentioning his brain strain; he blamed himself for using intensively various vision training methods. He thinks he became ill «after treatment for a gastrointestinal tract disease at a sanatorium, which brought me improvement; however, from then on, people began to discuss, insult and watch me». He especially emphasizes the behavior of the neighbours living in the apartment above his. They are two twin brothers whom he communicates with. After meeting me they begin to watch my every glance and motion; now they winked at me; they are fixing my actions; I am constantly being watched by other people». He imagines that there is a hole or a crack in the ceiling. He also thinks he is inadequate because of his poor vision.

The diagnosis: Paranoid schizophrenia. Paranoid-hallucinatory syndrome.

After discharge from the hospital, the patient completed his higher education, then worked for about two years. In 2005, he quit his job and registered with an employment centre. Within the next three months his condition gradually deteriorated: he began to suffer sleep and communication problems; he was no longer able to converse with his friends as before. He began to imagine that people in the street know something bad about him, that they are whispering to one another and are giggling behind his back. All that made him try to avoid going outside. He consulted a doctor on his own decision and was hospitalized.

After discharge from the hospital, he kept visiting the employment centre, but failed to find a job. On his own decision, he consulted a doctor complaining of apathy, «do-not-want-to-do-anything», low mood, weakness, and hopelessness. He was hospitalized for a third time. He associated his problems with the following factors: «I was not able to look in the men's eyes; I quivered in the presence of men; I heard men's voices of the neighbours living in the apartment above mine; I was afraid I will be killed». He was assigned Category II disability.

After discharge from the hospital he was observed at a psychoneurological dispensary and took supportive therapy. Despite all this, according to his father, the patient expressed delusions about his relationships and about being persecuted. The next hospitalization occurred in 2009. He complained of sleep disorder and fits of anxiety and fear. He said «People in the street are aware of my illness and are mocking at me». He stopped going outside, because he believed the people in the street were watching him and wanted to kill him.

After discharge, he did not do anything, visited periodically the psychoneurological dispensary and took supportive therapy as he saw fit. The next deterioration occurred in December 2010. The patient retired into himself, stopped going outside, and became irritable. He imagined he heard the voices of his neighbours who were talking about him and watching him from satellite. He also felt threatened by his parents. He interpreted their behavior and gestures as their intension to do something wrong for him. He was discharged in a satisfactory condition.

After discharge, he visited the psychoneurological dispensary on a regular basis. Some time later, the patient noticed the appearance of low voices (up to 10 male and female voices of his neighbours). The voices were commenting the patient's actions and were saying «he is normal». That did not worry the patient. After discharge he lived mostly a secluded life. He did not leave the house and only seldom came out on the porch "to look at the girls". He believed that society and «the yard guys» maltreated him. Therefore, he believed it was necessary «to watch music clips on the RU.tv channel (women, without fail) and to send SMSes to the channel; this will enhance society's cultural competence, and society will treat me in a better way».

In the summer of 2012, the patients took 1.5 litres of beer and stopped taking supportive therapy (he was not able to explain the reason for doing so). After that, his condition deteriorated: the voices began to sound threateningly, to comment upon his behavior and actions, to insult him with swear words, and to call him crazy. The patient made attempts to hit his head against a wall, but, at the same time, tried to do everything "correctly" (to make the bed accurately, etc.), because only his correct actions made the neighbours' voices call him «normal». He asserted that everything happened because of

taking beer and because his former girlfriend had cursed him (and had made him a gay). At the same time, the patient drank sweet water and said «It helps me tune my brain to my neighbours' voices, because only such tuning makes my brain function normally». The voices sounded mostly in the daytime. All that worried the patient. He imagined, among other things, that «the neighbours terrorize me». On his own decision, he consulted a doctor at the psychoneurological dispensary and was referred to hospital. He wants, after discharge, «to record discs with male and female songs in order to distribute them among people to make them more civilized».

After discharged, he visited the dispensary on a regular basis and took supportive therapy. Within two weeks his condition deteriorated: he began to hear threatening and insulting voices; his mood deteriorated; he began to express thoughts about not willing to live. He said that his girlfriend was a witch and that she had cast a spell upon him; that made him often sob violently. He said he felt the neighbours scolded him for his incorrect behavior and called him «a moron, transvestite, mongoloid and other even more insulting names» into the microphone. He was hospitalized again.

The last hospitalization occurred in 2014. He was treated at a department of toxicology being diagnosed with «acute combined drug intoxication». The information he gives about the intoxication is extremely inconsistent. At first, he said he had mixed up the drugs in the dark; later on, he asserted that he had quarreled with his girlfriend, got upset and wanted to calm down by taking tablets; still later, he said it had seemed to him that other people were looking askance at him, which made him anxious.

The patient can be conventionally classed with the **«with high destructiveness and low ability to accept it»** group of schizophrenia persons. The patient is characterized by a highly intensive thanatos-factor s (self-destruction) (Fig. 6). Besides, according to the Szondi methods, he is characterized by gentleness, passivity and inclination to yield to an instinctual object in a woman-like manner. The patient's profile is notable for the signs of inversion of the target of attraction. The affective sphere is characterized by an inclination towards the accumulation of blatant affects (envy, jealousy, hypochondria). The Ego sphere is characterized by autistic Ego; the communication sphere, by immaturity and intrusive ambivalent pursuits.

S			P	Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
X							
X			X	X		X	
X	X		X	X	X	X	X
	X	X	X		X	X	X
	X	X			X	X	X
	X						

Figure 6. Results of the Szondi Test of the patient in Example 3.

The patient's personality profile (Ego Structure Test by Ammon) is presented in Figure 7. The profile is characterized by underdeveloped Ego-functions of inner Ego demarcation, outer Ego demarcation, and anxiety. The patient's inner and outer Ego boundaries are deficient. He has an insufficiently developed ability to distinguish between the outer and the inner, to differentiate his inner feelings, and to distinguish his own fantasies from real events and actions. At the same time, worth noting is his high "constructive sexuality" score (the highest score among the other indices) against the

background of an increased “constructive narcissism” score and deficient personality structure. The patient is fixed upon sexual issues and tries to underscore his «normality», his ability to differentiate his perceptions and feelings being, insufficient, at the same time.

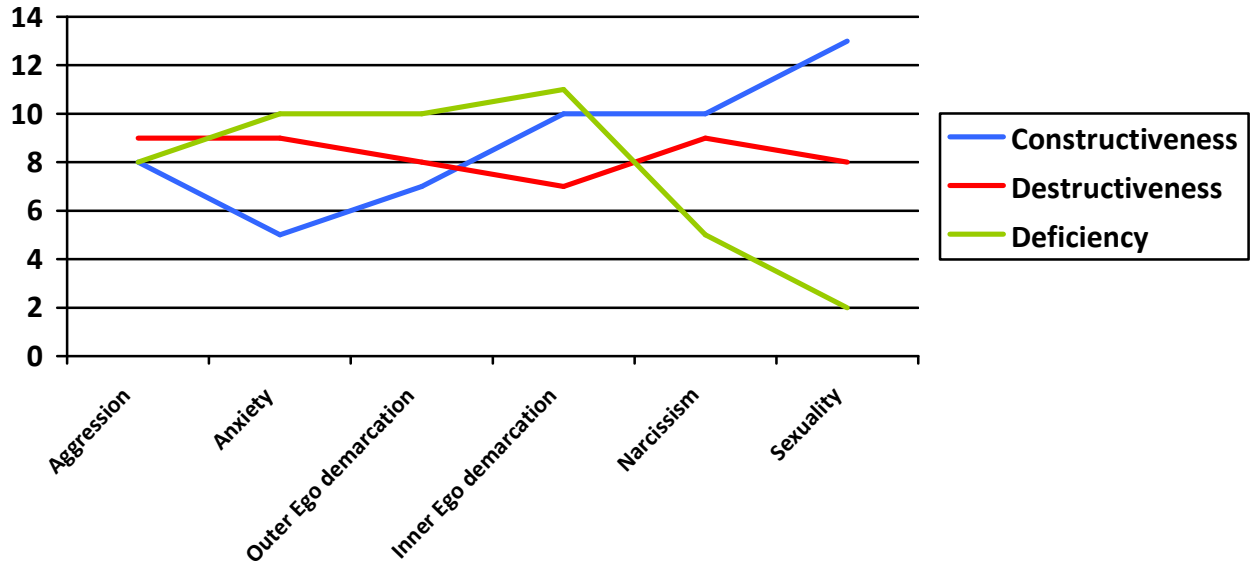


Figure 7. Results of the Ego Structure Test by Ammon of the patient in Example 3.

Thus, the patient’s level of social maladjustment is influenced by the following psychological factors:

1) underdevelopment of the Ego-function of inner Ego-demarcation and an insufficient differentiation of perception and feelings.
2) a low “deficient sexuality” score, the patient being fixed upon sexual issues and being unable to either manage or suppress his feelings associated with his sexuality.

Example 4. The patient is a woman aged 54. She was diagnosed with paranoid schizophrenia with continuous progredient course of the disease; a dysphrenic syndrome; and pronounced emotional volitional defect. She has been observed by psychiatrists for paranoid schizophrenia since the age of 17.

The patient can be conventionally classed with the **«high destructiveness»** group of schizophrenia patients. She is characterized by a high intensity of drive to destructiveness (according to the Szondi method - h0, s+!) and by a high level of symbiosis destructiveness (the catamnesis data and a conversation with the patient showed that it was impossible to use questionnaires due to the patient's pronounced personality changes and thinking disordes). Over the last 10 years, the patient's hospitalizations were caused by her aggressive behaviour towards her mother. The patient live with her mother in a shared (communal) apartment.

Extracts from the case history:

June 2008. *The patient became aggressive and used to attack her mother. «The father used to chase the mother with an axe in his hand. I remember it from my childhood, and I behave in the same manner».*

December 2008. *The patient became aggressive towards her mother. «I am not an iron person! She nags at me for every little thing and beats me».*

April 2010. *The patient is aggressive towards her mother; she threatens to deal shortly with her, to kill her.*

September 2013. *The patient became aggressive towards her mother… In the ward, she used to wail and lament saying that there will be no one to care for her when her mother dies. She imagined that other people in the hospital were talking about their intention to kill her mother, so she wept loudly… She spoke negatively about her mother wishing her to die: «She is old already; I am bored with her».*

The last hospitalization occurred in November 2014. The patient was aggressive towards her mother. She struck her. She feared her mother was going to turn her out of the house and to let her room.

Extract from a conversation with the patient:

— *Why did you strike your mother?*

— *My mother wanted to call an ambulance. She tried several times to come up to the phone. I feared she will call an ambulance. If an ambulance comes, all my neighbours will be delighted to know I am ill and will be laughing at me. I'd rather go to the hospital on foot than be taken by an ambulance.*

The patient's self-description: *I am not proud; I am touchy, diligent. I don't get upset easily. My mother becomes angry very easily.*

The patient's description of the mother: *I am on very good terms with my mother. She has always dressed and fed me. In summer, she fed me with berries, she did not eat them herself. … She is a very proud person. She likes being respected and praised; she likes to see other people grovel before her. If someone goes against her grain, she will avenge herself without fail.*

The patients' recollections about her relationship with her mother:

My mother used to beat me in summer. She said: «I will do with you whatever I want. If I want to kill you, I will do so». I told her: «You will be jailed». She answered: «I will not be jailed for killing a fool».

…Mother said: «She (the patient) does not obey me, so I beat her».

…Mother said: «If you hit me back, I will send you to the madhouse. If I hit you back, I will get no punishment». The doctors stand up for her, because she was awarded a gold medal (at her work place).

….One day, in the vegetable garden, I saw my mother going with an axe in her hand to fill the stove. I shouted: «Mother, don't kill me!».

…Once I watched a concert on TV; people with red flags were walking. My mother tried to turn me out saying «Go away. These flags are mine, I will walk with them myself. I, not you, will walk with them». I want to walk with flags, my mother wants to walk with flags…

…I am in menopause now. I menstruated five years ago. And my mother said: «How long are you going to live? Do you want to give birth to a child?». I got frightened, and menstruating stopped to occur. Now, if I decide to get pregnant, I will again begin menstruating. But I don't want a child in my age. I can get pregnant any time if I put out.

The patient's description of her father: *He used to grovel before my mother; he loved and pampered her; he used to give her gold jewels… My father was an alcoholic. When he died, I felt no sorry for him… Alcoholic. When I was a little girl, he used to shout at my mother: «I will kill you with an axe». And I was lying and thinking whether*

he was going to chop off mother's head or mine. And I didn't know whom I should stand up for – my father or mother. I was 22 when he died. He died six months after I had been dishonoured.

To carry out a psychodiagnostic examination, we used the Szondi projective test. The test has reveled in the patient a predominance of aggression; pronounced destructive inclinations (h0,s+!); overwhelmedness by coarse emotions (hatred, resentment, and hypochondria); stress caused by the suppression of the emotions (e+_, hy+); disintegration of the Ego-sphere (k0, p0); and intrusive ambivalent attachments (d-, m+_).

Thus, in the above case, the patient's relationships with the social environment and the level of social maladjustment are influenced by the following psychological factor:

4) A high emotional component of aggression. The patient is overwhelmed by course emotions (hatred, resentment, vindictiveness, inability to sufficiently respond to them; feeling permanent internal tension). Aggressive behavior plays the role of emotional stress relief.

5) A low level of constructive narcissism. In the patient's opinion, her mother decreased by her actions the patient's significance (*My mother wanted to call an ambulance. She tried several times to come up to the phone. I feared she will call an ambulance. If an ambulance comes, all my neighbours will be delighted to know I am ill and will be laughing at me. I'd rather go to the hospital on foot than be taken by an ambulance).* The patient's aggression plays the role of one of the forms of Ego-defence, being the basic method of solving the problems associated with the control and preservation of the feeling of self-worth.

6) A low level of constructive anxiety. The patient is not able to sufficiently differentiate between real threats and ungrounded fears.