

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНА УСТАНОВА
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ
«БЕЙТ-ХАНА»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: Особливості агресивної поведінки підлітків з розладами особистості

Спеціальність 053 Психологія

Бакалаврська робота допущена до захисту
Рішенням засідання кафедри педагогіки та
Психології
Протокол № ___ від _____ 202_ р.
Завідувач кафедри
_____ д. псих. н. Самойлов О. Є.

Виконавець:
студентка групи ПП-17-11
Манохіна Клара Вікторівна
Науковий керівник: професор,
доктор мед. наук Первий В.С.
Оцінка за результатами захисту

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ	7
ВИСНОВКИ ЗА ПЕРШИМ РОЗДІЛОМ.....	20
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	22
2.1. Загальна характеристика обстежених	22
2.2. Методи дослідження.....	25
ВИСНОВКИ ЗА ДРУГИМ РОЗДІЛОМ.....	29
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ	31
3.1. Клініко-психопатологічна характеристика підлітків з диссоціативним розладом особистості.....	32
3.2. Психологічна характеристика підлітків з диссоціативним розладом особистості	34
3.3. Клініко - психопатологічна характеристика підлітків з ананкастним розладом особистості.....	35
3.4. Психологічна характеристика підлітків з ананкастним розладом особистості	36
3.5. Клініко - психопатологічна характеристика підлітків з істеричним розладом особистості.....	37
3.6. Психологічна характеристика підлітків з істеричним розладом особистості	39
3.7. Усереднені показники загального рівня тривоги за шкалою Тейлор і тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна в групах обстежених.....	40

ВИСНОВКИ ЗА ТРЕТИМ РОЗДІЛОМ.....	43
РОЗДІЛ 4. КОРЕКЦІЯ АГРЕСИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ	45
ВИСНОВКИ ЗА ЧЕТВЕРТИМ РОЗДІЛОМ.....	52
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми. За останнє десятиліття у всьому світі відзначається зростання насильницьких дій, пов'язаних з особливою жорстокістю, вандалізмом і знущанням над людьми. Такі соціально небезпечні прояви, зазвичай пов'язані з поняттями агресії і агресивності, викликають серйозне занепокоєння [1, 13, 23].

Провідні позиції у вивченні розладів особистості займають сьогодні дослідження агресивної поведінки в структурі розладів особистості. При постановці проблеми особистісних розладів клінічна психіатрія була змушена значно розширити межі своєї компетенції і ввести в коло досліджуваних явищ не тільки психопатологічної симптоматики, але і різні особистісні, психологічні категорії [1, 21]. Загальновизнаними стали факти, які доводять, що розлади особистості являють собою сукупність психопатологічних феноменів і грубої соціальної дезадаптації, що виражається, в першу чергу, в алкоголізації, наркотизації, агресивній поведінці, суїцидах, кримінальних діях [28, 46, 53].

Агресією, як відомо, є специфічно орієнтована поведінка, спрямована на усунення або подолання всього того, що загрожує фізичній або психічній цілісності живого організму [46]. Неоднозначність і складність агресії пов'язана з багатоваріантністю її складових.

Для осіб з психічними аномаліями агресивність досить характерна в силу їх підвищеної тривожності, несвідомої невпевненості в своєму соціальному і біологічному статусі, спонтанно виникаючих побоювань, відчутті загрози з боку оточуючих і відчуженості. Через це агресивність у них частіше набуває суб'єктивний сенс захисту від ворожого їм середовища [38]. Тривожність, породжувана конфліктами і ворожістю, сама є наслідком дезадаптації індивіда. Конфлікти і ворожість не знімають тривожності, а, навпаки, посилюють її [6, 18].

Актуальність цього дослідження зумовлена підвищенням рівня підліткової агресивності, збільшенням клінічних випадків порушень поведінки у підлітків, зростаючою поширеністю розладів особистості, недостатністю відомостей про психосоціогенез агресивних форм поведінки, обмеженістю даних про

взаємозв'язок тривоги і агресії, а також недостатньою інформацією про критерії ризику виникнення і реалізації агресивних форм поведінки у підлітків з різними варіантами розладів особистості.

В даний час велике значення в генезі агресивної поведінки надається сім'ї дитини та умовам її виховання [4, 23, 25].

Корекція агресивної поведінки вимагає комплексного підходу, метою якого є вплив на різні ланки патогенезу особистісного розладу.

Мета дослідження: на основі комплексного клініко-психопатологічного та соціально-психологічного аналізу агресивних форм поведінки підлітків з розладами особистості вивчити особливості проявів агресії та їх зв'язок з рівнем тривоги, ворожості, агресивності та типами сімейного виховання для підвищення якості діагностичного процесу і лікувально-профілактичної допомоги хворим.

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання:

1. Дослідити особливості виникнення і прояву агресивної поведінки у підлітків з розладами особистості.
2. Визначити роль ворожості в генезі агресивної поведінки в структурі розладів особистості.
3. Виявити роль особистісної та реактивної тривожності у формуванні агресивних форм поведінки в структурі розладів особистості в підлітковому віці.
4. Виділити основні методи корекції агресивної поведінки підлітків з розладами особистості.

Об'єкт дослідження: агресивна поведінка підлітків з розладами особистості.

Предмет дослідження: Клініко-психопатологічні особливості агресивної поведінки в структурі розладів особистості та психологічні показники агресивної поведінки підлітків, методи її діагностики, а також корекції.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний (для збору інформації про особливості формування агресивної поведінки), клініко-психопатологічний (для аналізу наявних хворобливих проявів і верифікації діагнозу), експериментально-

психологічний (для оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості), математико-статистичний (для обробки отриманих результатів).

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше на основі клінічного та психологічного дослідження підлітків з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості проведено інтегративний аналіз особливостей формування та проявів агресії та їх зв'язку з рівнем тривоги і ворожості. Були описані різні форми агресивної поведінки підлітків в структурі розладів особистості і вивчен їх зв'язок з сімейним вихованням. Були запропоновані загальні методи корекції агресивної поведінки підлітків при розладах особистості з урахуванням клініко-психопатологічних та психологічних показників.

Практична значимість отриманих результатів. Результати дослідження розраховані на клінічних психологів для раннього виявлення та запобігання агресивних форм поведінки у підлітків з різними варіантами розладів особистості.

РОЗДІЛ 1. АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

Умови соціально-економічної кризи останнього десятиліття, що супроводжуються зниженням рівня життя, підвищенням рівня тривожності, руйнуванням моральних цінностей і поломкою соціальних зв'язків, є основою соціально-психологічної дезадаптації особистості і створюють передумови для формування відхилень у поведінці зі схильністю до агресивних і антисоціальних дій.

Відповідно до сучасних досліджень, проведеним в США, сьогодні від 12 до 17% дітей і підлітків страждають емоційними розладами або порушеннями поведінки [54, 60, 69]. Аналогічні результати показали також і дослідження, проведені в німецькомовних країнах. В одному проспективному лонгітудинальному дослідженні [54] було показано, що 16-18% дітей і підлітків у віці від 8 до 18 років мають психічні порушення, з яких приблизно чверть (що відповідає 200 000 на колишніх федеральних землях) терміново потребують лікування. Багато з цих порушень характеризуються хронічним перебігом, а значить, тривають і в дорослому віці. R.E. Roberts і співавтори повідомляють (1998), що лише 1% всіх, хто потребує лікування отримує стаціонарну допомогу, 5% отримують амбулаторну, а 80% взагалі не отримують ніякої професійної допомоги [12]. Терапевтичні послуги охоплюють переважно медичні, фармакологічні, психологічні та пов'язані з харчуванням заходи. Ресурси охорони здоров'я, що витрачаються на дітей з розладами поведінки, значні: 30% консультацій дітей у лікарів загальної практики припадають на поведінкові проблеми [11]; 45% напрямків до лікаря, зроблених за місцем навчання або проживання дітей, обумовлені поведінковими порушеннями, а в спеціальних школах і в клініках для дітей з затримками розвитку, де зухвала поведінка є повсякденною проблемою, цей показник ще вище. Психіатричні розлади спостерігаються у 28% всіх пацієнтів, які направляються на амбулаторний прийом до лікарів [24]. Служби соціального захисту докладають значних зусиль, намагаючись захистити дітей і

підлітків з поведінковими проблемами, чиї батьки не можуть більше обходитися без побиття своїх дітей. Крім того, економічні втрати включають вартість завданих збитків людям і майну. До збільшення витрат призводять також високі рівні безробіття і державних пілг та допомог.

Агресивна поведінка людини може бути пов'язана як з екзогенними, так і з ендогенними факторами. Серед екзогенних факторів, що викликають агресію, можна виділити вживання алкоголю і наркотичних засобів, емоційну і фізичну депривації. Ендогенні фактори, як причини агресивної поведінки, мають відношення до фізіологічних і патологічних зрушень в організмі. Прикладом агресії, обумовленої фізіологічними зрушеннями в організмі, може служити агресивна поведінка в певній фазі менструального циклу. Прикладом агресії, пов'язаної з патологічними зрушеннями в організмі, можуть бути різні прояви агресії при соматичних і психічних захворюваннях [7, 8, 10].

До останнього часу основна увага приділялася вивченню ауто-агресивних форм поведінки [42]. Гетероагресія розглядається в багатьох вітчизняних і зарубіжних роботах. Ці дослідження відображають деякі прояви агресивної поведінки при тих чи інших психічних захворюваннях.

У сучасній літературі недостатньо висвітлені дані про психосоціогенез агресивних форм поведінки в структурі розладів особистості. Основна увага дослідників була направлена на вивчення девіантних форм поведінки у підлітків [49]. Агресивна поведінка при розладах особистості розглядалася як елемент соціальної дезадаптації, спосіб «відходу від реальності», або як декомпенсація психопатичної особистості.

Багатьма дослідниками [53, 54, 69] встановлено, що розлад особистості являє собою істотний криміногенний фактор. Однак якщо цілком прийняти точку зору про особливу спорідненість психопатій і злочинів, залишається незрозумілим, чому значна частина психопатичних особистостей ніколи не стикається з кримінальним законодавством. Тому видається розумною точка зору [53], що ототожнення психопатів і злочинців неприпустимо, так як злочинну поведінку психопатичних особистостей є наслідком не психічних аномалій, а

соціально-психологічних, точніше антисоціальних установок особистості. Соціальна установка особистості може бути позитивною або негативною при одних і тих же особливості характеру, і сама по собі установка не може служити підставою для оцінки особистості як психопатичної або непсихопатичної [46].

Широке коло робіт в зарубіжній психіатричній літературі можна знайти і щодо соціальної, поведінкової сторони особистісних розладів, в рамках якої імпульсивність, агресивність, аморальність, безвідповідальність і антисоціальність часто розглядаються як невід'ємні властивості патологічної особистості, прямо ведуть до злочинів [28, 40, 42]. Американська психіатрична асоціація визначає психопата як особистість, поведінка якої переважно аморальне і антисоціальна, що характеризується імпульсивними, безвідповідальними діями, спрямованими на негайне задоволення виникаючих нарцистичних інтересів, без урахування можливих негативних наслідків цих дій і без подальшого почуття тривоги і провини [69]. Французькі психіатри [60] вважають, що «спільний знаменник» всіх психопатичних особистостей - це антисоціальність і імпульсивність. В англійському акті про психічне здоров'я (1959) стверджується, що психопатія - «це стійкий розлад психіки, що виявляються в ненормальною агресивності і повної безвідповідальності поведінки» [54]. Британський психіатр С.А. Holmes (1991) взагалі пропонує визнати психопатію «категоріальною помилкою» і виключити це поняття зі сфери психіатрії, оскільки, на його думку, вона має на увазі соціально-контрольні функції і тим самим належить етиці і права, не маючи відношення до терапії [63].

У зарубіжній психіатрії, що стоїть на сідромологічних позиціях, агресивна поведінка розглядається в рамках синдрому порушень поведінки з підрозділом його на соціалізовану і несоціалізовану форми [59, 65]. Обґрунтованість виділення даного синдрому бачиться в наявності характерної історії розвитку, клінічної картини, результату і сімейного анамнезу [23]. Разом з тим існує точка зору, прихильники якої ставлять під сумнів обґрунтованість постановки діагнозу «порушення поведінки» взагалі і його агресивних форм, а також специфічність синдрому агресивної поведінки [28, 42].

Проблема неоднорідності агресивної поведінки тісно пов'язана з принциповим питанням існування патологічних і непатологічних форм агресії, який вирішується по-різному. Якщо проаналізувати все різноманіття західних концепцій, то можна виділити ті з них, які в силу певної подібності, утворюють три групи. Перша включає теорії, в яких агресивність трактується як вроджене, інстинктивне властивість індивіда (сюди входять теорії психоаналітичного спрямування). Друга - описує агресію як поведінкову реакцію на фрустрацію. Третю становлять концепції, які розглядають агресивність як характеристику поведінки, що формується в результаті навчання (біхевіоральні теорії).

S. Freud, один з основоположників теорії потягів (психоенергетична модель агресивності), вважав, що в людині існує два найбільш потужних інстинктів: інстинкт життя і інстинкт смерті. Перший розглядався як прагнення, пов'язане з творчими тенденціями в поведінці людини: любов'ю, турботою, близькістю. Другий несе в собі енергію руйнування, його завданням є приводити все органічно живе в стан безживності [21]. Це злість, ненависть, деструктивність. Виникнення і подальше становлення агресивності у S. Freud зв'язується зі стадіями дитячого розвитку. Зокрема, зазначається, що фіксація на оральній стадії розвитку може призвести до формування таких агресивних рис характеру, як схильність до сарказму і пліток. Фіксація на анальній стадії може привести до формування впертості.

Нове звучання ця тема отримала завдяки роботам одного з основоположників етології К. Lorenz (1963), який стверджував, що агресивний інстинкт багато значив в процесі еволюції, виживання і адаптації людини. Але стрімкий розвиток науково-технічної думки і прогрес обігнали природно поточне біологічне і психологічне дозрівання людини і привели до уповільнення розвитку гальмівних механізмів агресії, що неминуче тягне періодичне зовнішнє вираження агресії. Інакше внутрішнє напруження буде накопичуватися і створювати «тиск» всередині організму, поки не призведе до спалаху неконтрольованої поведінки. Слід зазначити, що «психогідравлічна модель» К. Lorenz в основному базується на часто невинуватому перенесення результатів досліджень, отриманих на

тваринах, на людську поведінку. Іншим слабким місцем теорії інстинктів є зумовленість способів управління агресією, що виходять з передумови, що людина ніколи не зможе впоратися зі своєю агресивністю. І оскільки накопичується агресія неодмінно повинна бути відреагувала, єдиною надією залишається напрямок її у потрібне русло. Наприклад, прихильники теорії інстинктів вважають, що найбільш цивілізованою формою розрядки агресії для людини є конкуренція, різного роду змагання, заняття фізичними вправами і участь в спортивних змаганнях [65].

Однак більшість дослідників [37, 57, 68] не поділяє такого фатального погляду на людську поведінку. По-перше, хоча ними і не заперечується, що людська агресивність має свої еволюційні і фізіологічні коріння, але засуджується обмеженість уявлень про природу людини як про щось незмінне. По-друге, розходяться думки і щодо того, є агресія інстинктом чи вона лише поставляє енергію, що дозволяє «Я» ефективно здійснювати «принцип реальності», долати перешкоди на шляху до задоволення інших потягів. Тому вважається, що агресивність - це сила, з якою людина висловлює свою любов і ненависть до оточуючих або самому собі і з якою він намагається задовольнити свої інстинкти. Агресія є механізмом, завдяки якому ці інстинктивні тенденції направляються на інші об'єкти, і в першу чергу на людей, в основному, з метою їх підкорення або завоювання [37].

Згодом багато психоаналітиків відійшли від «жорстких схем» концепції Фрейда і стали розглядати не тільки біологічну, але і соціальну сторону агресії. Згідно А. Adler, агресивність є невід'ємною якістю свідомості, організуючою його діяльність. Агресія розуміється в більш широкому контексті напруги протидіючих початків: життя і смерті, суб'єкта і об'єкта, тези і антитези, любові і війни. Універсальною властивістю живої матерії є боротьба за першість, прагнення до переваги. У свідомості закладена інтенція тріумфу. Однак ці базові потяги стають автентичними тільки в контексті соціального інтересу. Агресивна або, висловлюючись словами А. Adler, «агонізуюча» свідомість породжує різні форми агресивної поведінки від відкритого до символічного, якими, наприклад, є

хвастощі, мета яких полягає в символічній реалізації власної могутності і переваги. Це пов'язано з тим, що агресивний інстинкт включає в себе жіночий нарцисичний компонент, що вимагає визнання і поваги [55].

Фрустраційна теорія (гомеостатичні модель агресивності) виникла як протиставлення концепціям потягів: тут агресивна поведінка розглядається як ситуативний, а не еволюційний процес. Засновниками цього напрямку дослідження людської агресивності вважаються J. Dollard і співавтори (1939). Відповідно до їхніх поглядів, агресія - це автоматично що в організмі людини потяг, а реакція на фрустрацію: спроба подолати перешкоду на шляху до задоволення потреб, досягнення задоволення і емоційної рівноваги [61]. Вже згадана теорія стверджує, що, по-перше, агресія завжди є наслідком фрустрації, і, по-друге, фрустрація завжди тягне за собою агресію. Схема «фрустрація-агресія» базується на чотирьох основних поняттях: агресія, фрустрація, гальмування і заміщення. Агресія розуміється як намір нашкодити іншому своєю дією, як акт, цілеспрямованої реакцією якого є нанесення шкоди організму. Однією з примітних ідей фрустраційної теорії агресії є ефект катарсису, запозичений з психоаналізу. Суть цієї ідеї полягає в тому, що фізична або емоційний вислів ворожих тенденцій призводить до тимчасового або тривалого полегшення, в результаті чого досягається психологічну рівновагу і ослаблення готовності до агресії [42].

Як і попередня концепція, фрустраційна теорія не уникла зауважень на свою адресу. Основний вогонь критики припав на гіпотезу про жорстку взаємопредоделенности самої схеми «фрустрація-агресія». Було відмічено, що люди досить часто відчують фрустрацію, але не обов'язково при цьому поведуться агресивно, і навпаки. Прихильники фрустраційної теорії погодилися і кілька видозмінили свою позицію. Представником такої модифікованої форми теорії обумовлювання агресії фрустрацією є L. Berkowitz (1962). По-перше, він ввів нову додаткову змінну, що характеризує можливі переживання, що виникають в результаті фрустрації, - гнів як емоційну реакцію на фрустрируючий подразник. По-друге, він визнає, що агресія не завжди є домінуючою реакцією на

фрустрацію і за певних умов може придушуватися. В концептуальну схему «фрустрація-агресія» L. Berkowitz вніс три істотні поправки: а) фрустрація не обов'язково реалізується в агресивних діях, але вона стимулює готовність до них; б) навіть при стані готовності агресія не виникає без належних умов; в) вихід з фрустрируючої ситуації за допомогою агресивних дій виховує у індивіда звичку до подібних дій [58].

У процесі свого розвитку фрустраційний підхід зазнав значних змін і розділювався на два щодо самостійних течії. Прихильники першої течії залишилися прихильниками фрустраційно-агресивної гіпотези і продовжують в основному досліджувати умови, при яких ситуація фрустрації веде до виникнення агресивних дій. До таких важливих, на їх погляд, умов відносяться: схожість-несхожість агресора і жертви, виправданість-невиправданість агресії, рівень агресивності як особистісної характеристики людини [7, 8, 11]. Прихильники другої течії створили власну концепцію фрустрації, в основу якої покладено аналіз фрустраційної ситуацій, класифікації і типології реакцій на фрустрацію. Вони виділили три типи причин, що викликають фрустрацію: позбавлення, втрати і конфлікти [7]. Крім того, багато дослідників [5, 18] стали розглядати агресію лише як один з можливих виходів з фрустрируючої ситуації. Більш того, деякі з них прийшли до висновку, що при фрустрації особистість реагує цілим комплексом захисних реакцій, одна з яких грає провідну роль.

На відміну від інших, теорія соціального навчання (біхевіоральна модель агресивності) говорить, що агресія є засвоєна поведінка в процесі соціалізації через спостереження відповідного способу дій і соціального підкріплення [48]. Теорія соціального навчання - це, в першу чергу, вивчення людської поведінки, орієнтованого на зразок. Зразок в даному випадку розглядається як засіб міжособистісного впливу, завдяки якому можливе формування (зміна) відносин або способу дій людини. Тому значна увага тут приділяється вивченню впливу первинних посередників соціалізації, а саме батьків, на навчання дітей агресивній поведінці. Зокрема було доведено, що поведінка батьків може виступати в якості моделі агресії і що в агресивних батьків зазвичай бувають агресивні діти [23].

Крім того, названа теорія стверджує, що людина навчається і більш ефективним агресивним діям: чим частіше він їх використовує, тим досконаліший стають ці дії. Разом з тим істотне значення має успішність агресивних дій: досягнення успіху при прояві агресії може помітно підвищити силу її мотивації, а постійно повторювався неуспіх - силу тенденції гальмування. Іншим важливим елементом цієї теорії є соціальне підкріплення. Під підкріпленням зазвичай розуміється будь-яка дія, покликана посилити певну реакцію. Розрізняють дві форми підкріплення: позитивне і негативне підкріплення. Позитивним підкріпленням є будь-який стимул, наступний за реакцією і підсилює її чи підтримує на тому ж рівні. Негативне підкріплення є стимул, усунення якого посилює реакцію. Що стосується досліджуваної проблеми, то існують неспростовні докази того, що якщо дитина поводиться агресивно і отримує при цьому позитивне підкріплення, то ймовірність його агресії в майбутньому в аналогічних ситуаціях зростає. Постійне позитивне підкріплення певних агресивних актів, зрештою, сформує звичку агресивно реагувати на різні подразники. Отже, спостереження і підкріплення агресії з часом розвиває у людини високий ступінь агресивності як особистісної риси. Точно так же спостереження і підкріплення неагресивного поведінки розвиває низький ступінь ворожості [18, 22].

Деякі автори [6, 42] не тільки визнають провідну роль особистості в агресивній поведінці індивідуума, але і виділяють особливу агресивну особистість, вказуючи на такі її риси як егоїзм, імпульсивність, нехтування почуттями інших, черствість, зниження інстинкту самозбереження, відсутність почуття провини при здійсненні агресивних вчинків. Серед факторів, що сприяють вибору суб'єктом агресивних форм поведінки, виділяють недостатню впевненість у собі і низьку самооцінку, страх як особистісну установку, прагнення до самоствердження, завоювання авторитету, спрагу влади [53]. Прагнення до самоствердження за допомогою агресії часто пов'язано з невдоволенням своїм соціальним статусом поряд з наявною низькою або нестійкою самооцінкою. Агресія в таких випадках виступає як спосіб компенсації, при якому пониження іншого підносить особистість у власних очах. Низька

самооцінка робить таких осіб вкрай чутливими до критики, яка розцінюється ними як образа, що веде до насильства. Завищена самооцінка при розбіжності її з оцінкою оточуючими також може бути причиною агресивної поведінки [46, 49].

Деякі автори [50, 55, 58], базуючись на концепціях S. Freud, співвідносять прояви агресивних тенденцій з сексуальною поведінкою. Агресія може залучатися в поведінку на висоті статевого збудження, відчуття влади, що досягається шляхом заподіяння страждань і принижень, може бути і джерелом насолоди («агресія самоствердження» по І.С. Кону). Було відзначено і відмінність мотивацій сексуально-агресивної поведінки. Т.М. Кадирова (1987) виділила агресивно-захисні і агресивно-садистичні дії, які були розділені на наступні типологічні варіанти: 1) нездоланні агресивно-садистичні потягу; 2) нав'язливі агресивно-садистичні потягу; 3) агресивно-садистичні фантазії; 4) псевдоперверзний варіант агресивно-садистичних потягів і 5) поліморфний варіант агресивно-садистичних потягів. Подібні порушення можуть проявлятися як стійкі, тривало перебігають тенденції, або носити епізодичний, імпульсивний характер [66].

Багатьма сучасними авторами агресія визначається як одна з базисних функцій, необхідна властивість глибинних шарів психіки, що визначає його здатність до цілеспрямованим діям. G. Ammon (1990) виділив три компоненти агресії: конструктивний, деструктивний і дефіцитарний. Ці компоненти можуть бути присутні не ізольовано, а поєднуватися один з одним, і тип агресії виділяється в залежності від переважання того чи іншого компонента. Конструктивна агресія має на увазі готовність індивіда протистояти шкідливим для нього впливів, а також творчу активність особистості, здатність до розвитку нових ідей і втілення їх в дійсність. При деструктивній агресії активність індивіда деформована, тому його діяльність носить руйнівний по відношенню до оточуючих характер, у такого суб'єкта можуть розвиватися садистські розлади, формуватися садистський або авторитарний характер. Дефіцитарна агресія характеризується низьким рівнем активності, зниженням можливостей людини до творчості, а також формуванням астеничних і депресивних станів, obsesивно-

компульсивних розладів, аутоагресивних феноменів. Концепція G. Ammon відрізняється широтою охоплення найрізноманітніших явищ, термінологічної лаконічністю і ясністю [56].

Закордонним психіатрам, які розглядають агресію як прояв вродженого інстинкту, властиво визнавати його існування як в позитивній (конструктивній) формі в рамках нормального розвитку особистості, так і в негативній (деструктивній) формі. У першому випадку агресія сприяє подоланню труднощів, володіє енергізуючою дією, сприяє розвитку честолюбства і здорового суперництва, проявляє себе в стресових ситуаціях в якості гнучкої, організованої і адекватної відповіді, знаходиться в тісному зв'язку з дійсністю і виражається в соціально прийнятних формах, у другому - агресія мало визначається стресовою ситуацією, залежить не стільки від реальності, скільки від агресивних інстинктів індивідуума [22, 49].

На особливу увагу заслуговують погляди E. Fromm (1947), який критикував К. Лоренца за неправомірне з його точки зору поширення на людську поведінку інтерпретацій закономірностей поведінки тварин і наступних за цим тверджень про «вродженості» і «природної обумовленості» руйнівних тенденцій і насильства в людському суспільстві. E. Fromm (1951) виділяє два варіанти прояву агресії: 1) доброякісну агресію, яка пов'язана з самообороною, з відповідною реакцією на загрозу і 2) злякисну агресію, яка є виразом специфічної людської пристрасті до абсолютного панування над іншою живою істотою і бажанням руйнувати. У роботах автора злякисна агресія ототожнюється з такими поняттями як жорстокість і деструктивність [62]. Для розуміння генезису доброякісної і злякисної агресії E. Fromm наполягає на необхідності постановки питання про ґрунтовної диференціації категорій інстинкту і характеру. Перше корениться в фізіологічні потреби і являє собою природну область «органічних потягів»; друге - специфічно людські пристрасті, «характерологічні» пристрасті, відповідні екзистенційним потребам і їх взаємодії з різними соціальними умовами, що в певних випадках утворює «різні форми і особистісні типи злякисної агресії», яка є одним із способів реагування людини на свої

безпорадність, страх, занедбаність і самотність, ненормальні умови життя, що перешкоджають досягненню безпеки і спокою. Міркуючи про взаємини характеру і агресії, Е. Fromm, прийшов до визначення, що в зрілому віці характер стає «відносно стабільною системою всіх неінстинктивних прагнень, через які людина співвідноситься з природним і людським світом». Сфера особистості і її аномалії обумовлюють, відповідно до Е. Fromm, доброякісність або деструктивність проявів агресії [46].

Дослідники, яких можна віднести до необіхевіористського напрямку [57, 59], також розглядають агресію як фактор, що сприяє адаптації суб'єкта, якщо агресія відповідає стандартам, прийнятим в суспільстві, в іншому ж випадку суб'єкт відкидається суспільством або карається їм. У той же час недостатня агресивність перешкоджає задовільній адаптації. Американський дослідник А. Coudroglou (1996), дотримується думки, що агресія в поведінці людини має адаптивний сенс, однак сучасне суспільство, пронизане патологічними зв'язками і установами, призводить до моральної і емоційної подвійності його членів, що породжує «соціальну мутацію» - насильство [59].

А.Н. Buss і А. Durkee наводять такі види агресивних реакцій: 1) фізична агресія (напад); 2) непрямая агресія (злобні плітки, жарти, вибухи люті, що проявляються в крику, тупанні ногами і т.д.); 3) схильність до роздратування (готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні); 4) негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби); 5) образа (заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні чи вигадані відомості); 6) підозрілість в діапазоні від недовіри і обережності до переконання, що всі інші люди приносять шкоду або планують її; 7) вербальна агресія (вираження негативних почуттів як через форму - сварка, крик, так і через зміст словесних відповідей - загроза, прокляття, лайка) [21].

За думкою А.А. Реана, агресивність являє собою властивість особистості, що виражається в готовності до агресивних дій по відношенню до іншої особи, яка забезпечує готовність особистості сприймати й інтерпретувати поведінку іншого відповідним чином. У цьому плані, очевидно, можна говорити про

потенційно агресивне сприйняття і потенційно агресивну інтерпретацію як простійку особистісну властивість світосприйняття і світорозуміння. Різниця понять «агресія» і «агресивність» веде до важливих наслідків. З одного боку, не за всякими агресивними діями суб'єкта ховається агресивність особистості. З іншого боку, агресивність людини зовсім не завжди проявляється в явно агресивних діях. Прояв або не прояв агресивності як особистісної властивості в певних актах поведінки як агресивних дій завжди є результатом складної взаємодії трансситуаційних і ситуаційних чинників. Для осіб з психічними аномаліями агресивність досить характерна в силу їх підвищеної тривожності, несвідомої невпевненості в своєму соціальному і біологічному статусі, спонтанно виникають побоювання, відчуття загрози з боку оточуючих і відчуженості. Через це агресивність у них частіше набуває суб'єктивний сенс захисту від ворожого їм середовища [37].

В останні роки значна увага надається сім'ї підлітка в розвитку агресивних форм поведінки і умов його виховання. Для сімей агресивних дітей і підлітків виявилися характерними несприятлива обстановка, погане матеріальне становище, антисоціальний спосіб життя батьків і зловживання ними алкоголем, наявність дисгармонічних, конфліктних відносин з частими скандалами і бійками, що відбуваються в присутності дітей, а також відсутність лідера, низький авторитет батька і неприйняття його дитиною, безбаченки [34, 49].

У зв'язку з агресією дітей і підлітків J. McCord описав три групи сімей: 1) агресивні, в яких один з батьків був агресивним і в яких було багато важких конфліктів, що породжують тенденцію до агресивності і злочинності; 2) неагресивні, в яких ніхто з батьків не був агресивним і було мало сімейних конфліктів, дітей не карали; сім'ї, чиї діти не виявляли схильності до агресії; 3) строго караючі сім'ї, в яких батьки не були агресивними та було мало сімейних конфліктів, але діти піддавалися фізичним покаранням [64].

Одне з провідних місць у формуванні підвищеної агресивності відводиться фізичним покаранням. Більш того, суворі покарання в дитинстві сприяють виникненню тривоги аж до появи аутоагресивних тенденцій в зрілому віці [36].

Встановлено також, що фізичні покарання у неагресивної дитини зазвичай пригнічують агресію, а у агресивного підсилюють її і служать утворенню взаємно агресивних відносин між батьками і дітьми, що може бути причиною розвитку у останніх агресивних форм девіантної поведінки [23].

Таким чином, на підставі різних наведених концепцій, серед причин виникнення агресії можна виділити чотири основні групи: 1) біологічні, 2) психологічні, 3) соціальні та 4) теорії багатofакторної обумовленості агресії.

ВИСНОВКИ ЗА ПЕРШИМ РОЗДІЛОМ

Умови соціально-економічної кризи останнього десятиліття, що супроводжуються зниженням рівня життя, підвищенням рівня тривожності, руйнуванням моральних цінностей і поломкою соціальних зв'язків, є основою соціально-психологічної дезадаптації особистості і створюють передумови для формування відхилень у поведінці зі схильністю до агресивних і антисоціальних дій.

Агресивна поведінка людини може бути пов'язана як з екзогенними, так і з ендогенними факторами. Серед екзогенних факторів, що викликають агресію, можна виділити вживання алкоголю і наркотичних засобів, емоційну і фізичну депривації. Ендогенні фактори, як причини агресивної поведінки, мають відношення до фізіологічних і патологічних зрушень в організмі. Прикладом агресії, обумовленої фізіологічними зрушеннями в організмі, може служити агресивна поведінка в певній фазі менструального циклу. Прикладом агресії, пов'язаної з патологічними зрушеннями в організмі, можуть бути різні прояви агресії при соматичних і психічних захворюваннях [7, 8, 10].

До останнього часу основна увага приділялася вивченню ауто-агресивних форм поведінки [42]. Гетероагресія розглядається в багатьох вітчизняних і зарубіжних роботах. Ці дослідження відображають деякі прояви агресивної поведінки при тих чи інших психічних захворюваннях.

У сучасній літературі недостатньо висвітлені дані про психосоціогенез агресивних форм поведінки в структурі розладів особистості. Основна увага дослідників була направлена на вивчення девіантних форм поведінки у підлітків. Агресивна поведінка при розладах особистості розглядалася як елемент соціальної дезадаптації, спосіб «відходу від реальності», або як декомпенсація психопатичної особистості.

В останні роки значна увага надається сім'ї підлітка в розвитку агресивних форм поведінки і умов його виховання. Для сімей агресивних дітей і підлітків виявилися характерними несприятлива обстановка, погане матеріальне

становище, антисоціальний спосіб життя батьків і зловживання ними алкоголем, наявність дисгармонічних, конфліктних відносин з частими скандалами і бійками, що відбуваються в присутності дітей, а також відсутність лідера, низький авторитет батька і неприйняття його дитиною, безбаченки [34, 49].

У зв'язку з агресією дітей і підлітків J. McCord описав три групи сімей: 1) агресивні, в яких один з батьків був агресивним і в яких було багато важких конфліктів, що породжують тенденцію до агресивності і злочинності; 2) неагресивні, в яких ніхто з батьків не був агресивним і було мало сімейних конфліктів, дітей не карали; сім'ї, чиї діти не виявляли схильності до агресії; 3) строго караючі сім'ї, в яких батьки не були агресивними та було мало сімейних конфліктів, але діти піддавалися фізичним покаранням [64].

Одне з провідних місць у формуванні підвищеної агресивності відводиться фізичним покаранням. Більш того, суворі покарання в дитинстві сприяють виникненню тривоги аж до появи аутоагресивних тенденцій в зрілому віці [36]. Встановлено також, що фізичні покарання у неагресивної дитини зазвичай пригнічують агресію, а у агресивного підсилюють її і служать утворенню взаємно агресивних відносин між батьками і дітьми, що може бути причиною розвитку у останніх агресивних форм девіантної поведінки [23].

Таким чином, на підставі різних наведених концепцій, серед причин виникнення агресії можна виділити чотири основні групи: 1) біологічні, 2) психологічні, 3) соціальні та 4) теорії багатфакторної обумовленості агресії.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

В основу роботи покладено результати обстеження 50 підлітків чоловічої статі у віці від 14 до 18 років, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро) в період з вересня 2019 року по грудень 2019 року з діагнозами: «Диссоціативний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.2), «Істеричний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.4), «Ананкастний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.5) і «Акцентуація характеру за збудливим типом» (код за МКХ-10 – Z 73.1). Верифікація діагнозу здійснювалася за критеріями МКХ-10 [26].

У досліджувану вибірку були включені лише ті клінічні випадки захворювання, при яких діагноз встановлювався в період амбулаторного або стаціонарного обстеження на підставі комплексного аналізу наявних клініко-психопатологічних проявів, порушень поведінки, преморбідних особливостей особистості, даних анамнезу захворювання; результатів психологічного тестування (особистісна шкала проявів тривоги Дж.Тейлор, шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна, методика діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки). Додатковим критерієм включення пацієнта в досліджувану групу була гетеро- або аутоагресивна поведінка. Причинами звернення за спеціалізованою допомогою були дезадаптивні форми поведінки обстежених і пов'язане з ним вирішення питань військово-психіатричної експертизи.

Розподіл пацієнтів з клінічними формами розладів особистості див. в табл. 2.1.

Таблиця 2.1 Клінічні типи розладів особистості в вивченій вибірці пацієнтів (n = 50)

Розлади особистості	Абсолютна кількість обстежених	% до загальної кількості обстежених
Диссоціативний розлад	33	64,71

особистості		
Ананкастний розлад особистості	7	13,72
Істеричний розлад особистості	10	21,57
Всього:	50	100

Контрольну групу склали 25 підлітків без ознак психічної та соматичної патології.

Основним критерієм віднесення пацієнта до групи агресивних служили його постійні або повторювані форми поведінки, спрямовані проти оточуючих його осіб, що заподіюють їм фізичні страждання (біль, каліцтво тощо), тобто наявність фізичної агресії. Як агресивна поведінка розцінювалися також погрози, образи (вербальна агресія), фантазування відповідного змісту, нанесення шкоди шляхом псування або знищення речей, підбурювання до насильства, різні вчинки, що ставлять собі за мету заподіяння психологічних страждань, а також різні варіанти аутоагресії (членоушкодження, суїцидальна поведінка, адиктивні форми поведінки).

Віковий діапазон обстежених знаходився в межах 14-18 років. Особи у віці 14 років склали 11,18% (8 осіб), 15 років - 4,61% (4 особи), 16 років - 4,61% (5 осіб), 17 років - 20,39% (15 осіб) і 18 років - 59,21% (43 особи), що відображено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 Розподіл обстежених за віком на момент проведення досліджень (n = 75)

Вік	Диссоціативний розлад особистості	Ананкастний розлад особистості	Істеричний розлад особистості	Контроль на групу	Абсолютна кількість обстежених	% обстежених до всієї групи
14 років	4	1	-	3	8	11,18
15 років	2	-	-	2	4	4,61
16 років	-	1	1	3	5	4,61
17 років	8	1	4	2	15	20,39
18 років	19	4	5	15	43	59,21
Всього	33	7	10	25	75	100
Середній вік у групі	17,1 ± 1,4	16,9 ± 1,7	17,5 ± 0,6	17,0 ± 1,5		

При аналізі показників соціального походження, які характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані. Вони знаходяться у табл. 2.3, що представлена нижче.

Таблиця 2.3 Розподіл обстежених в залежності від соціального походження (n = 75)

Соціальне походження	Диссоціативний розлад особистості	Ананкастний розлад особистості	Істеричний розлад особистості	Контрольна група	Всього
З сім'ї робітників	22 (65,15%)	4 (50,00%)	2 (22,73%)	14 (54,00%)	42 (53,94%)
З сім'ї селян	1 (3,03%)	1 (7,14%)	-	2 (8,00%)	4 (4,61%)
З сім'ї службовців	10 (31,82%)	2 (42,86%)	8 (77,27%)	9 (38,00%)	29 (41,45%)
Кількість обстежених (чол.)	33 (43,42%)	7 (9,21%)	10 (14,48%)	25 (32,89%)	75 (100%)

Як видно з табл. 2.3, переважна більшість пацієнтів була з сімей робітників (53,94%) і з сімей службовців (41,45%). З сімей робітників переважали пацієнти з Диссоціативним розладом особистості ($p < 0,01$). З сімей службовців переважали особи з Істеричним розладом особистості ($p < 0,01$). Виявлено наявність достовірного ($p < 0,01$) зв'язку між показником соціального походження і типом розладу особистості.

Незаперечним є факт, що умови виховання в значній мірі зумовлюють адекватність подальшої соціалізації особистості, формування відповідного соціального статусу, а також є одним з соціально-демографічних чинників в етіопатогенезі розладів особистості.

При аналізі показників умов виховання, що характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 Розподіл обстежених в залежності від умов виховання (n = 75)

Умови виховання	Диссоціативний розлад особистості	Ананкастний розлад особистості	Істеричний розлад особистості	Контрольна група	Всього
У повній сім'ї	14 (42,42%)	2 (35,72%)	3 (27,27%)	17 (68,00%)	36 (48,03%)
У неповній	18	4	7	8	37

сім'ї	(54,55%)	(57,14%)	(72,73%)	(32,00%)	(50,00%)
Без батьків	1 (3,03%)	1 (7,14%)	-	-	2 (1,97%)
Кількість обстежених (чол.)	33 (43,42%)	7 (9,21%)	10 (14,48%)	25 (32,89%)	75 (100%)

Як видно з табл. 2.4, пацієнти з розладами особистості переважно виховувалися в неповних сім'ях ($p < 0,05$).

При аналізі показників освіти, що характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані (див. табл. 2.5).

Як видно з табл. 2.5 домінуюче число пацієнтів становили особи з середньою освітою (33,55%).

Таблиця 2.5 Розподіл обстежених в залежності від освіти ($n = 75$)

Освіта	Диссоціативний розлад особистості	Ананкастний розлад особистості	Істеричний розлад особистості	Контрольна група	Всього
Початкова	5 (16,67%)	2 (28,57%)	1 (4,54%)	8 (34,00%)	16 (20,39%)
Середня	17 (51,52%)	1 (14,29%)	3 (22,73%)	5 (20,00%)	26 (33,55%)
Середньо-спеціальна	7 (18,17%)	1 (14,29%)	2 (18,18%)	5 (20,00%)	15 (18,42%)
Незакінчена вища	4 (13,64%)	3 (42,85%)	4 (54,55%)	7 (26,00%)	18 (27,64%)
Кількість обстежених (чол.)	33 (43,42%)	7 (9,21%)	10 (14,48%)	25 (32,89%)	75 (100%)

Особи з середньою освітою переважали в групі пацієнтів з Диссоціативним розладом особистості ($p < 0,05$), з незакінченою вищою освітою – в групі пацієнтів з Істеричним розладом особистості ($p < 0,05$). Виявлено наявність достовірного ($p < 0,01$) зв'язку між показником освіти і типом розладу особистості.

2.2. Методи дослідження

Для збору інформації про агресивну поведінку використовувався метод напівструктурованого інтерв'ю (див. Додаток А). Зазначений метод призначався для встановлення конкретних проявів агресивної поведінки обстежуваного,

існуючої у нього системи відносин, пов'язаної з його власною агресією і агресивними формами поведінки оточуючих. За допомогою карти клініко-психопатологічного обстеження вивчалися фактори, що ймовірно беруть участь у формуванні агресивної поведінки.

Відомості, отримані від обстежуваного, додатково підтверджувалися службовими характеристиками, а також інформацією, що надається родичами, а також шляхом спостереження за поведінкою обстежуваних в амбулаторних або стаціонарних умовах.

Психологічне тестування обстежуваних здійснювалося протягом першої доби після їх звернення за спеціалізованою допомогою.

З стандартизованих психологічних методик використовувалися: 1) методика діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки; 2) особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор; 3) шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна.

Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки включає 75 тверджень, на які обстежений повинен дати відповіді «так» або «ні», результати заносяться в реєстраційний бланк (див. Додаток Б). При складанні опитувальника А. Басс і А. Дарки виходили з того, що питання може відноситися тільки до однієї форми агресії. Особлива увага приділялася такому формулюванню питань, щоб найбільшою мірою послабити вплив мотивації соціального схвалення, а також послабити захисні тенденції обстежених, пов'язані з небажанням показатися агресивними.

Конструюючи опитувальник, А. Басс спочатку провів розмежування між ворожістю і агресією. Ворожість була визначена ним як реакція відносин, приховано-вербальна реакція, яку супроводжують негативні почуття і негативна оцінка людей і подій. Агресію він визначив як відповідь, що містить стимули, здатні заподіяти шкоду іншій особі. Подальша диференціація проводилася в напрямку виділення підкласів в середині ворожості і агресії. В результаті А. Басс і А. Дарки виділили різні види агресивних і ворожих реакцій [12]:

1. Фізична агресія (напад) - використання фізичної сили проти іншої особи.

2. Непряма агресія - агресія, що манівцями спрямована на іншу особу (плітки, злобні жарти), а також агресія, яка ні на кого не спрямована (вибухи люті у формі крику, тупання ногами і т.п.).

3. Роздратування - готовність до прояву при щонайменшому збудженні запальності, різкості, грубості.

4. Негативізм - опозиційна манера поведінки, зазвичай спрямована проти авторитету або керівництва. Ця поведінка може проявлятися в формах від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів.

5. Образа - заздрість і ненависть до оточуючих, обумовлені почуттям гіркоти, гніву на весь світ за дійсні або вигадані (уявні) страждання.

6. Підозрілість - недовіра і обережність по відношенню до людей, заснована на переконанні, що оточуючі люди мають намір заподіяти шкоду.

7. Вербальна агресія - вираз негативних почуттів як через форму (сварка, крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози, лайку).

8. Почуття провини, яке виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, яка робить зло.

Обробка результатів проводиться за допомогою індексів різних форм агресивних і ворожих реакцій, які визначаються підсумовуванням отриманих відповідей, відповідних ключу.

Для вимірювання загального рівня тривоги використовувалася особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, адаптована Т.А.Немчин. Опитувальник складається з 50 тверджень, на які даються відповіді «так» або «ні», результати заносяться в реєстраційний бланк (див. Додаток В). Кожна відповідь, що співпадає з ключем, оцінюється в 1 бал. Показники ранжуються наступним чином:

40-50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги;

25-40 балів свідчить про високий рівень тривоги;

15-25 балів свідчить про середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги;

5-15 балів - свідчить про середній (з тенденцією до низького) рівень тривоги;

0-5 балів - свідчить про низький рівень тривоги.

Для самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики індивіда) використовувалася шкала самооцінки, розроблена Ч. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним [20]. Вона представляє собою опитувальник, що складається з двох підшкал. Підшкала особистісної тривожності (ОТ) включає в себе 20 тверджень, які обстежуваний повинен оцінити за 4-бальною системою: «ні, це не так» (1 бал), «мабуть, так» (2 бали), «вірно» (3 бали), «цілковито вірно» (4 бали). Аналогічним чином заповнюється підшкала реактивної тривожності (РТ), що включає в себе 20 тверджень. ОТ характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги. РТ відображає ступінь вираженості тривоги як стану.

Відповіді обстежуваного оцінюються за 4-бальною системою і заносяться в реєстраційний бланк (див. Додаток Г). Сумарні показники за шкалою Спілбергера-Ханіна оцінюються (для РТ і ОТ) відповідно до рекомендацій авторі внаступним чином:

до 30 балів - низька тривожність;

31-45 балів - помірна тривожність;

46 балів і вище - висока тривожність.

Математико-статистична обробка інформації. Для обробки отриманих даних використовувався "Microsoft Excel".

ВИСНОВКИ ЗА ДРУГИМ РОЗДІЛОМ

В основу роботи покладено результати обстеження 50 підлітків чоловічої статі у віці від 14 до 18 років, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро) в період з вересня 2019 року по грудень 2019 року з діагнозами: «Диссоціативний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.2), «Істеричний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.4), «Ананкастний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.5) і «Акцентуація характеру за збудливим типом» (код за МКХ-10 – Z 73.1). Верифікація діагнозу здійснювалася за критеріями МКХ-10 [26].

У досліджувану вибірку були включені лише ті клінічні випадки захворювання, при яких діагноз встановлювався в період амбулаторного або стаціонарного обстеження на підставі комплексного аналізу наявних клініко-психопатологічних проявів, порушень поведінки, преморбідних особливостей особистості, даних анамнезу захворювання; результатів психологічного тестування (особистісна шкала проявів тривоги Дж.Тейлор, шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна, методика діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки). Додатковим критерієм включення пацієнта в досліджувану групу була гетеро- або аутоагресивна поведінка. Причинами звернення за спеціалізованою допомогою були дезадаптивні форми поведінки обстежених і пов'язане з ним вирішення питань військово-психіатричної експертизи.

Контрольну групу склали 25 підлітків без ознак психічної та соматичної патології.

Основним критерієм віднесення пацієнта до групи агресивних служили його постійні або повторювані форми поведінки, спрямовані проти оточуючих його осіб, що заподіюють їм фізичні страждання (біль, каліцтво тощо), тобто наявність фізичної агресії. Як агресивна поведінка розцінювалися також погрози, образи (вербальна агресія), фантазування відповідного змісту, нанесення шкоди шляхом псування або знищення речей, підбурювання до насильства, різні вчинки, що ставлять собі за мету заподіяння психологічних страждань, а також різні

варіанти аутоагресії (членоушкодження, суїцидальна поведінка, адиктивні форми поведінки).

Віковий діапазон обстежених знаходився в межах 14-18 років. Особи у віці 14 років склали 11,18% (8 осіб), 15 років - 4,61% (4 особи), 16 років - 4,61% (5 осіб), 17 років - 20,39% (15 осіб) і 18 років - 59,21% (43 особи).

Для збору інформації про агресивну поведінку використовувався метод напівструктурованого інтерв'ю. Зазначений метод призначався для встановлення конкретних проявів агресивної поведінки обстежуваного, існуючої у нього системи відносин, пов'язаної з його власною агресією і агресивними формами поведінки оточуючих. За допомогою карти клініко-психопатологічного обстеження вивчалися фактори, що ймовірно беруть участь у формуванні агресивної поведінки.

Відомості, отримані від обстежуваного, додатково підтверджувалися службовими характеристиками, а також інформацією, що надається родичами, а також шляхом спостереження за поведінкою обстежуваних в амбулаторних або стаціонарних умовах.

Психологічне тестування обстежуваних здійснювалося протягом першої доби після їх звернення за спеціалізованою допомогою.

З стандартизованих психологічних методик використовувалися: 1) методика діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки; 2) особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор; 3) шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна.

Для математико-статистичної обробки отриманих даних використовувався "Microsoft Excel".

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Метою цього дослідження було вивчення агресивних форм поведінки у підлітків з розладами особистості. Виявлення взаємозв'язків між переважним способом вираження агресії, з одного боку, і особливостями виникнення і реалізації тривоги, з іншого боку, дозволить уточнити психологічні механізми формування агресивної поведінки підлітків з різними варіантами прикордонної психічної патології.

При виділенні різних форм прояву агресії в роботі використовувалася теоретична концепція А. Buss, що враховує відмінності між окремими видами агресії. Для класифікації агресивної поведінки він запропонував три дихотомії: фізичне-вербальне, активне-пасивне, спрямоване-ненаправлене. А. Buss вказав на ряд чинників, від яких залежить сила і частота прояву агресивних тенденцій. По-перше, це частота та інтенсивність випадків, в яких індивід був атакований, фрустрований та роздратований. Індивіди, які отримували багато гнівних стимулів, будуть більш ймовірно реагувати агресивно, ніж ті, які отримували менше таких стимулів. По-друге, це часте досягнення успіху шляхом агресії, на думку А. Buss, призводить до сильних атакуючих звичок. Успіх може бути внутрішнім (різке ослаблення гніву) і зовнішнім (усунення перешкоди або досягнення винагороди). Сформована тенденція до атаки може робити неможливим для індивіда розрізнення ситуацій, що провокують і не провокують агресію. По-третє, це культуральні та субкультуральні норми, засвоєвані індивідуумом, які можуть полегшити розвиток у нього агресивності, до якої близько примикає стан ворожості.

Іншим поперечним перерізом категорій агресивної поведінки служить поділ А. Buss агресії на пряму і непряму. Пряма агресія безпосередньо спрямована проти жертви, при непрямій агресії жертва не присутня, а проти неї,

наприклад, поширюється наклеп або агресія спрямована проти об'єктів-замінників, проти сурогатів жертви, представників її «кола» [25].

Було обстежено 50 підлітків чоловічої статі у віці від 14 до 18 років. Підлітки проходили амбулаторне (82%) або стаціонарне (18%) обстеження і лікування. На час спостереження ніхто з обстежених за допомогою до психіатра або лікаря спорідненої спеціальності не звертався.

Всі обстежені були розділені на 4 групи згідно з верифікованим діагнозом. До 1-ї групи були віднесені особи з Диссоціативним розладом особистості, до 2-ї - особи з Ананкастним розладом особистості, до 3-ї - з Істеричним розладом особистості. Контрольну (4-у) групу склали особи з акцентуацією характеру за збудливим типом. Результати обстеження наведені окремо по кожній групі.

3.1. Клініко-психопатологічна характеристика підлітків з диссоціативним розладом особистості

До складу 1-ї групи увійшли 33 особи з діагнозом «Диссоціативний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.2). Середній вік в групі становив 17,1 + 1,4 років.

Клінічна картина характеризувалася: афективною нестійкістю; підвищеною дратівливістю і збудливістю в поєднанні з вибуховістю, злостивістю, схильністю до коливань настрою з переважанням понуро-злобного фону; мстивістю, в'язкістю афективних реакцій і періодично виникаючими неконтрольованими бурхливими проявами афекту гніву в поєднанні з фізичними та вербальними проявами агресії у відповідь на часто незначні приводи; егоїстичністю, відсутністю здатності зважати на думку оточуючих, підвищеною вимогливістю по відношенню до останніх. Тривога, як така, пацієнтами не усвідомлювалася, хоча про її наявність свідчили скарги на періодично раптове виникання відчуття внутрішньої напруги, що супроводжувалось зниженням настрою, невдоволенням оточуючими, невмотивованою дратівливістю. Створюючи напруженість, настороженість, а при достатній вираженості - і тяжкий щиросердечний дискомфорт, відчуття внутрішньої напруги не мало в той

же час відтинку загрози, а служило сигналом ймовірного наближення важчих тривожних явищ.

У більшості пацієнтів (84% спостережень) відзначалися часті конфлікти (побутового характеру) в інтерперсональних взаєминах, в ряді випадків з фізичною реалізацією агресивних тенденцій. Всі пацієнти були схильні до надцінного негативного трактування ставлення до них оточуючих. Практично у всіх спостереженнях зазначалася вказівка на суб'єктивне «бажання розрядитися, посваритися з ким-небудь», супроводжуване збільшенням частоти пульсу, посиленням серцебиття, підвищеною пітливістю і слиновиділенням. З самоописів пацієнтів відомо, що вони, перебуваючи в описаному стані, шукають ситуації або об'єкт, на якому можлива «рязрядка від обтяжливого почуття напруги». Зазначалося прагнення до влади «з метою самоствердження», а також бажання споглядати переможену жертву. У більшості випадків (78% випадків) після афективних реакцій констатувалися головні болі, млявість, слабкість, що певною мірою вказує на виникнення почуття провини, яке пацієнти, як правило, заперечують.

Агресивні дії виникали по незначному приводу і супроводжувалися не відповідними йому по силі емоціями, які унеможлилювали раціональний облік ситуації, співвідношення своїх сил і сил противника, соціального статусу об'єкта агресії (представник закону, викладач, інше). Це призводило до того, що агресія могла виникнути в найнесподіванішій для цього обстановці (в транспорті, на вулиці), бути спрямованою на особу, щодо якої обстежений в звичайному стані вважав агресію неприпустимою (наприклад, мати, бабуся), до залучення інших об'єктів в сферу агресії (наприклад, глядачів або осіб, що розбороняли заб'як). Агресивні дії часто перевищували необхідний в даній ситуації обсяг і інтенсивність, могли тривати після припинення опору противника з нанесенням тілесних ушкоджень, несподіваних для самого агресора. Можливі наслідки своєї поведінки зазвичай не враховувалися, незважаючи на наявний негативний досвід в минулому.

Агресивна поведінка була пов'язана з вираженими ворожими емоційними переживаннями (гнівом, обуренням, злобою, люттю) і протікала у формі вербальної або фізичної агресії, найбільш часто будучи вираженням протесту у відповідь на будь-який негативний вплив. Спрямованість агресивних імпульсів на людей відзначали 24 особи, на навколишні предмети - 6 осіб і на власну особистість - 2 особи. Характерною особливістю даної групи є експлозивно-брутальний характер агресивних форм поведінки.

Провокуючим фактором виникнення агресії в розглянутій групі частіше були ситуації, пов'язані з нерозумінням проблем обстеженого в сім'ї.

У повній сім'ї виховувалися 14 осіб, в неповній сім'ї - 18 осіб та 1 особа виховувалася без батьків. У відносинах з близькими обстежені виявляли дріб'язкову прискіпливість, скандальність і схильність до тиранії, не заперечуючи при цьому можливість прояву вербальної і / або фізичної агресії. Описуючи свій стан після конфліктної ситуації, обстежені відзначали почуття жалю про те, що сталося і бажання вибачитися за скоєне.

3.2. Психологічна характеристика підлітків з диссоціативним розладом особистості

Психологічні особливості проявів агресії і ворожості у обстежених, а також їх актуальний психічний стан вивчалися за допомогою тесту Басса-Дарки. Усереднений профіль по групі, представлений на рис. 3.1 (див. Додаток Д, Рис 3.1), є широко-розкиданим з вираженими піками по 7-й (10,15 + 0,11 бала) і 3-й (9,64 + 0,10 балів) шкалами. Відзначено значне підвищення по 6-й (8,26 + 0,07 бала) і 1-й (7,88 + 0,10 балів) шкалами на тлі низького розташування 4-ї шкали (3,83 + 0,14 бала). Отриманий профіль відображає труднощі адаптації обстежених, тенденцію до протидії зовнішньому тиску, схильність спиратися на власні спонукання. Відсутня виражена конформність установок і поведінки, відзначається прагнення до самостійності і незалежності. У стані емоційної захваченості переважають яскраво виражені полярні за знаком емоції. Неконформність установок і поведінки проявляється в схильності до

імпульсивних агресивних реакцій, підвищеної конфліктності (за рахунок підйому по 3-й шкалі), що свідчить про експлозивний тип реагування. Поєднання високих показників 7-ї і 1-ї шкал тесту відображає превалювання фізичної агресії, що супроводжується виразом негативних почуттів як через форму (сварки, крики), так і через зміст словесних відповідей (лайка, прокляття, погрози). Низьке розташування 4-ї шкали відображає відсутність обережності і обачності у вчинках, знижену здатність до співпереживання, значний егоцентризм, неконформність установок. Індекс агресивності (ІА) становив $25,35 + 0,19$ ($N = 21,0 + 4,0$). Індекс ворожості (ІВ) дорівнював $14,71 + 0,13$ ($N = 6,5 + 3,0$).

Загальний рівень тривоги за шкалою Тейлор становив $20,58 + 0,32$ бала, що свідчить про середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги. Тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна виявило низький рівень РТ ($20,32 + 0,44$ бала) і помірний рівень ОТ ($38,21 + 0,52$ бала).

3.3. Клініко - психопатологічна характеристика підлітків з ананкастним розладом особистості

До 2-ї групи обстежених увійшли 7 осіб з діагнозом «Ананкастний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.5). Середній вік в групі становив $16,9 + 1,7$ років.

Клінічна картина характеризувалася стійким паттерном соціальної замкнутості і відгородженості, обумовленим почуттям невпевненості в собі. Всім обстеженим були властиві надмірна педантичність, заклопотаність деталями, стриманість в інтерперсональних комунікаціях. Порушення поведінки проявлялися у формі зовні невмотивованої впертості, злостивості, парадоксальних емоційних реакцій у відповідь на особистісно значущі ситуації.

Агресивні реакції у пацієнтів розвивалися в зв'язку з незначним, але адекватним за змістом приводом, були нетривалими, швидко виснажувалися і змінювалися астено-депресивним станом. Агресивні тенденції частіше носили характер оборонних реакцій (переважно вербальних) у відповідь на домагання з боку оточуючих. Обстежені відзначали у себе непереборне бажання «побути

наодинці з собою», що посилюється в ситуаціях, коли оточуючі виявляли надмірну, на думку пацієнтів, напористість у відносинах із ними. При цьому завжди виникало відчуття внутрішнього дискомфорту, бажання обмеження контакту з оточуючими, відчуття «чогось неприємного», що супроводжується відчуттям відчуженості від того, що відбувається. Акти агресії нерідко закінчувалися сльозами і каяттям в своїй поведінці з жалістю до об'єкту агресії.

У всіх обстежених даної групи відзначалися різні варіанти проявів тривоги. Основною ознакою тривоги була неможливість визначити характер погрози і передбачити час її виникнення. Неосознанність причин, що викликали тривогу, була пов'язана з відсутністю або бідністю інформації, що дозволяє в необхідній мірі аналізувати ситуацію, з неадекватністю її логічної переробки або неусвідомлення факторів, що викликають тривогу в результаті включення неконструктивних механізмів психологічного захисту. В останньому випадку недостатня структурованість ситуації була результатом несумісності інформації про причини тривоги з установками суб'єкта, що склалися системами відносин або його уявленнями про власну особистість. Інтенсивність тривоги сама по собі знижувала можливість логічної оцінки інформації.

У повній сім'ї виховувалися 2 особи, 4 особи - в неповній сім'ї і 1 особа виховувалася без батьків. Дана картина відображає відсутність цілісності триади «батько-мати-дитина», а також дефіцит чоловічих зразків поведінки.

3.4. Психологічна характеристика підлітків з ананкастним розладом особистості

За даними тесту Басса-Дарки (див. Додаток Д, Рис. 3.2) виявляється шпильчастий профіль з вираженим піком по 3-й шкалі (8,36 + 0,17 бала) і підвищенням рівня 7-ї шкали (7,43 + 0,14 бала). Переважаючи в профілі шкали дозволяють вважати характерним для даної групи труднощі соціальної адаптації переважно в зв'язку з нездатністю будувати свою поведінку відповідно до прийнятих соціальних норм і експектації оточуючих за рахунок низького рівня самооцінки, недостатній упевненості в собі, готовності до прояву при

щонайменшому збудженні запальності, різкості, грубості. Поєднання високих показників 3-ї і 7-ї шкал відображає ситуаційно-зумовлений характер агресивних форм поведінки з тенденцією до вибухових агресивних реакцій, найчастіше виявляється в умовах пресингу з боку оточуючих, будь-яких формах протидії. Характерна висока афектна захопленість домінуючою ідеєю, що стосується, як правило, конфліктної міжособистісної ситуації. Разом з тим реакції самодокору з'являються тільки з конкретного приводу. Пацієнти не тільки відкидають загальноприйняті норми поведінки, але і схильні демонструвати це. Поведінка може бути ексцентричною. Нав'язані контакти викликають тривогу. Низькі показники 4-ї шкали ($4,21 + 0,15$ бала) відображають неконструктивність актів комунікації, особливо з особами, які займають керівне або соціально більш високе положення. ІА становив $21,29 + 0,27$ ($N = 21,0 + 4,0$).

Загальний рівень тривоги за шкалою Тейлор становив $35,07 + 0,69$ бала, що свідчить про високий рівень тривоги. Тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна виявило помірний рівень РТ ($37,14 + 1,06$ бала) і високий рівень ОТ ($71,93 + 1,20$ балів).

Виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що будь-які прояви пресингу з боку оточуючих щодо осіб з ананкастним розладом особистості, спроби вторгнення в їх внутрішній світ будуть детермінувати виникнення почуття ворожості, витіснення якої саме по собі викликає стан внутрішньої напруженості і зростання рівня тривоги.

3.5. Клініко - психопатологічна характеристика підлітків з істеричним розладом особистості

До складу 3-ї групи увійшли 10 осіб з діагнозом «Істеричний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.4). Середній вік в групі становив $17,5 + 0,6$ років.

Клінічна картина характеризувалася театральною, екстравертованною поведінкою. Спільними для всіх обстежених були тенденції до перебільшення власних почуттів, прагнення перебувати в центрі уваги, неможливість

задоволення якого завжди приводила до внутрішнього дискомфорту, дратівливості, уразливості і злості по відношенню до оточуючих. У більшості спостережень (7 осіб) відзначалася виражена балакучість, прагнення розповідати анекдоти, різні епізоди зі свого життя, що дозволяють завоювати прихильність слухачів. Схильність до різких змін настрою (в сторону депресивного полюса) у всіх спостереженнях супроводжувалася почуттям жалю до себе, бажанням «зробити що-небудь з собою» або, навпаки, «все навколо розгромити, викрити кого-небудь». Відповідальність за виникнення напруженості в міжособистісних контактах практично завжди перекладалася на оточуючих. У рідкісних випадках, при прийнятті почуття провини за виникнення конфліктної ситуації, у обстежених швидко виникало і реалізовувалося бажання згладити важку ситуацію, з подальшим витісненням її з власної свідомості. У 6 спостережуваних випадках пацієнти констатували у себе наявність страху «бути відкинутими оточуючими», що супроводжується менш вираженими порушеннями поведінки (частота виникнення конфліктних ситуацій була меншою, інтенсивність ворожих тенденцій менш вираженою) в порівнянні з іншими випробуваними. у випробовуваних швидко виникало і реалізовувалося бажання згладити важку ситуацію, з подальшим витісненням її з власної свідомості. У 6 спостережуваних випадках хворі констатували у себе наявність страху «бути відкинутими оточуючими», що супроводжується менш вираженими порушеннями поведінки (частота виникнення конфліктних ситуацій була меншою, інтенсивність ворожих тенденцій менш вираженою) в порівнянні з іншими обстеженими.

Зниження рівня тривоги у обстежених цієї групи частіше здійснювалося за рахунок витіснення зі свідомості викликаючих тривогу факторів. Усунення тривоги завдяки дії цього механізму обумовлювало демонстративну поведінку, в значній мірі орієнтовану на безпосередні стимули. При помірній вираженості описуваного механізму він може сприяти успішній адаптації, полегшувати міжособистісні контакти, входження в нову соціальну середу та діяльність, що вимагає широких і відносно коротких контактів з різними людьми, завдяки тому, що витіснення зменшує або виключає вплив на суб'єкт можливих негативних

сигналів оточення, забезпечуючи, таким чином, високий ступінь свободи поведінки. Однак при неадекватно вираженому витісненні погіршується мікросоціальна взаємодія, ускладнюється програвання чужих ролей і формування досить стійкої поведінки, оскільки відбувається витіснення зі свідомості сприйняття і уявлень, істотних для ефективної адаптації, але не відповідаючих миттєвим спонуканням і бажаній ситуації. В результаті цього ускладнюється інтеграція поведінки, формування стійких установок і відносин, а також використання минулого життєвого досвіду.

У конфліктних ситуаціях, як правило, відзначалося виражене психомоторне збудження з нецілеспрямованими агресивними діями, риданнями, криками, демонстративними погрозами, а іноді - відзначалася демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка. Спрямованість агресивних імпульсів на людей відзначали 7 осіб, на навколишні предмети - 2 і на власну особистість - 1 особа. Характерною особливістю даної групи є демонстративно-шантажний характер агресивних форм поведінки.

У повній сім'ї виховувалися 3 особи, а 7 осіб - у неповній сім'ї. Таким чином, стає очевидним повна відсутність цілісності тріади «батько-мати-дитина», дефіцит материнської любові і чоловічих зразків поведінки.

3.6. Психологічна характеристика підлітків з істеричним розладом особистості

За даними тесту Басса-Дарки (див. Додаток Д, Рис. 3.3) виявляється широко-розкиданий профіль з піками по 3-й (7,36 + 0,14 балів) і 8-й (7,00 + 0,13 балів) шкалами. Відзначено підвищення 7-ї шкали (6,36 + 0,12 балів) на тлі низького розташування 4-ї шкали (3,91 + 0,13 балів).

Отриманий профіль відображає виражене прагнення обстежених створити максимально сприятливе враження про власну особистість у оточуючих. Поєднання переважаючих шкал відображає емоційну незрілість, орієнтацію на зовнішню оцінку, що в цілому трохи знижує ризик асоціальної поведінки. Протестна поведінка в основному реалізується у відносинах з близькими людьми.

Ворожість зазвичай раціонально обґрунтовується, що дозволяє зберігати зовнішню конформність, особливо в офіційних стосунках (навчальний заклад та інше). Поєднання високих показників 3-ї і 8-ї шкал відображають демонстративно-шантажний характер агресивних форм поведінки з тенденцією до вибухових агресивних реакцій, найчастіше виявляється в умовах фруструючої обстановки. Характерна висока афектна захопленість домінуючою ідеєю, що стосується, як правило, ситуацій, в яких досягнення бажаного не бачиться можливим. Підвищені показники 7-ї шкали свідчать про превалювання вербальних форм агресивної поведінки. Низькі показники 4-ї шкали вказують на превалювання опозиційних форм поведінки, зазвичай спрямованих проти авторитету або керівництва, а також значно виражений егоцентризм, неконформність установок. ІА становив $18,00 + 0,20$ ($N = 21,0 + 4,0$), а ІВ дорівнював $10,64 + 0,19$ ($N = 6,5 + 3,0$).

Загальний рівень тривоги за шкалою Тейлор становив $45,05 + 0,64$ бала, що відповідає дуже високому рівню тривоги. Тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна виявило високі рівні РТ ($57,09 + 1,20$ балів) і ОТ ($66,45 + 1,56$ балів).

3.7. Усереднені показники загального рівня тривоги за шкалою Тейлор і тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна в групах обстежених

Отримані в цьому дослідженні дані дозволяють зробити висновок, що підліткам з агресивними формами поведінки в структурі прикордонних психічних розладів властива наявність тривожності і як риси, і як стану. За даними шкали тривоги Тейлор (див. Додаток Д, Рис. 3.4) максимальний загальний рівень тривоги ($p < 0,001$) виявлено у пацієнтів з істеричним розладом особистості ($45,05 + 0,64$ бала). Дані показники свідчать про дуже високий рівень і ступінь усвідомленості тривоги. Мінімальний загальний рівень тривоги ($p < 0,001$) виявлений у осіб з диссоціативним розладом.

Загальний рівень тривоги у всіх обстежених відрізнявся ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($10,20 + 0,36$ балів).

Дані, отримані при дослідженні за методикою Спілбергера-Ханіна, свідчать про те, що найбільш високі ($p < 0,05$) показники ОТ (див. Додаток Д, Рис. 3.5) характерні для пацієнтів з ананкастним розладом особистості ($71,93 + 1,20$ балів). Мінімальний ($p < 0,001$) рівень ОТ був виявлений у осіб з диссоціативним розладом особистості ($38,21 + 0,52$ бала). Прояви ОТ у всіх пацієнтів відрізнялися ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($22,88 + 0,29$ балів). Показники РТ максимально виражені ($p < 0,001$) у осіб з істеричним розладом особистості ($57,09 + 1,20$ балів). Найменше РТ виявлено ($p < 0,001$) у пацієнтів з диссоціативним розладом ($20,32 + 0,44$ бала). Рівень РТ у всіх обстежених хворих відрізнявся ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($15,42 + 0,57$ балів).

Таким чином, декомпенсація розладу особистості в більшості спостережень проявляється порушеннями поведінки, що мають у своїй структурі агресивний компонент.

Отримані в цій роботі дані збігаються з результатами досліджень, в ході яких було встановлено, що тривога є не стільки формою психічної адаптації, скільки сигналом, який свідчить про її порушення і активує адаптивні механізми. Таким чином, тривога може грати охоронну і мотиваційну роль, яку можна порівняти з роллю болю [20, 32]. Крім того, з виникненням тривоги пов'язують посилення поведінкової активності, зміну характеру поведінки або включення механізмів інтрапсихічної адаптації; причому зменшення інтенсивності тривоги сприймається як свідчення достатності та адекватності реалізованих форм поведінки, як відновлення раніше порушеної адаптації [18, 51].

Важливість мотиваційної ролі тривоги дозволяє розглядати останню як основу ряду вторинних мотивацій, а редукцію тривоги - як потужне підкріплення [32]. Тривога може не тільки стимулювати активність, спонукати до більш інтенсивних і цілеспрямованих зусиль, а й сприяти руйнуванню недостатньо адаптивних поведінкових стереотипів, заміщенню їх більш адекватними формами поведінки. Однак, на відміну від болю, тривога - сигнал небезпеки, яка ще не реалізована. Прогнозування цієї небезпеки носить ймовірнісний характер, залежить і від ситуаційних, і від особистісних факторів, визначаючись в

кінцевому підсумку особливостями трансакцій в системі людина - середовище. При цьому особистісні фактори можуть мати більш істотне значення, ніж ситуаційні, і в такому випадку інтенсивність тривоги більшою мірою відображає індивідуальні особливості суб'єкта, ніж реальну значимість погрози [30].

Деструктивність тривожності полягає не тільки в тому, що вона включає в себе занепокоєння, суб'єктивне відчуття власної вразливості, незахищеності, особистісної невизначеності. Вона детермінує специфічне світовідчуття, сприйняття навколишнього середовища як невизначеного, розпливчастого, чужого і ворожого. Тому незрозумілі і чужі їй норми, приписи і заборони, перестають грати регулюючу роль в поведінці індивідуума. Саме сукупність цих двох моментів утворює тривожність не тільки як стан, а й як психологічну межу, особистісну диспозицію, яка формує в кінцевому підсумку дезадаптованість індивіда як його ставлення до світу [33].

ВИСНОВКИ ЗА ТРЕТИМ РОЗДІЛОМ

Метою цього дослідження було вивчення агресивних форм поведінки у підлітків з розладами особистості. Виявлення взаємозв'язків між переважним способом вираження агресії і особливостями виникнення і реалізації тривоги дозволить уточнити психологічні механізми формування агресивної поведінки підлітків з різними варіантами прикордонної психічної патології.

При виділенні різних форм прояву агресії в роботі використовувалася теоретична концепція А. Buss, що враховує відмінності між окремими видами агресії.

Було обстежено 50 підлітків чоловічої статі у віці від 14 до 18 років. Підлітки проходили амбулаторне (82%) або стаціонарне (18%) обстеження і лікування. На час спостереження ніхто з обстежених за допомогою до психіатра або лікаря спорідненої спеціальності не звертався.

Всі обстежені були розділені на 4 групи згідно з верифікованим діагнозом. До 1-ї групи були віднесені особи з Диссоціативним розладом особистості, до 2-ї - особи з Ананкастним розладом особистості, до 3-ї - з Істеричним розладом особистості. Контрольну (4-у) групу склали особи з акцентуацією характеру за збудливим типом. Результати обстеження наведені окремо по кожній групі.

До складу 1-ї групи увійшли 33 особи з діагнозом «Диссоціативний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.2). Середній вік в групі становив 17,1 + 1,4 років.

До 2-ї групи обстежених увійшли 7 осіб з діагнозом «Ананкастний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.5). Середній вік в групі становив 16,9 + 1,7 років.

До складу 3-ї групи увійшли 10 осіб з діагнозом «Істеричний розлад особистості» (код за МКХ-10 - F 60.4). Середній вік в групі становив 17,5 + 0,6 років.

Отримані в цьому дослідженні дані дозволяють зробити висновок, що підліткам з агресивними формами поведінки в структурі прикордонних психічних

розладів властива наявність тривожності і як риси, і як стану. За даними шкали тривоги Тейлор максимальний загальний рівень тривоги ($p < 0,001$) виявлено у пацієнтів з істеричним розладом особистості ($45,05 + 0,64$ бала). Дані показники свідчать про дуже високий рівень і ступінь усвідомленості тривоги. Мінімальний загальний рівень тривоги ($p < 0,001$) виявлений у осіб з диссоціативним розладом.

Загальний рівень тривоги у всіх обстежених відрізнявся ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($10,20 + 0,36$ балів).

Дані, отримані при дослідженні за методикою Спілбергера-Ханіна, свідчать про те, що найбільш високі ($p < 0,05$) показники ОТ (див. Додаток Д, Рис. 3.5) характерні для пацієнтів з ананкастним розладом особистості ($71,93 + 1,20$ балів). Мінімальний ($p < 0,001$) рівень ОТ був виявлений у осіб з диссоціативним розладом особистості ($38,21 + 0,52$ бала). Прояви ОТ у всіх пацієнтів відрізнялися ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($22,88 + 0,29$ балів). Показники РТ максимально виражені ($p < 0,001$) у осіб з істеричним розладом особистості ($57,09 + 1,20$ балів). Найменше РТ виявлено ($p < 0,001$) у пацієнтів з диссоціативним розладом ($20,32 + 0,44$ бала). Рівень РТ у всіх обстежених хворих відрізнявся ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($15,42 + 0,57$ балів).

Таким чином, декомпенсація розладу особистості в більшості спостережень проявляється порушеннями поведінки, що мають у своїй структурі агресивний компонент.

РОЗДІЛ 4. КОРЕКЦІЯ АГРЕСИВНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

Сучасний підліток живе в світі, складному за своїм змістом і тенденціям соціалізації. Це пов'язано, по-перше, з темпом і ритмом техніко-технологічних перетворень, що пред'являють до підростаючого покоління нові вимоги. По-друге, з насиченим характером інформації, яка створює масу «шумів», що глибинно впливають на підлітка, у якого ще не вироблено чіткої життєвої позиції. По-третє, з екологічними і економічними кризами суспільного життя, що викликає у дітей і підлітків розвиток почуття безнадії і роздратування (при відсутності почуття особистої відповідальності) через те, що старші покоління залишають їм таку спадщину. При цьому у молодих людей розвивається відчуття протесту, часто неусвідомленого, і разом з тим розвивається їх індивідуалізація, яка при втраті загальносоціальної зацікавленості призводить до виникнення і фіксації надмірно розвиненого егоїзму. Це пов'язано з тим, що підлітки, більше, ніж представники інших вікових груп, страждають від нестабільності соціальної, економічної і моральної обстановки в країні, практично повністю втратили в даний час необхідну орієнтацію в цінностях і ідеалах, старі зруйновані, нові - ще не створені. На сьогоднішній день підлітки не тільки не знають, у що вірити, але і вважають, що більшість дорослих зазвичай говорять неправду, що «зараз кожен живе для себе, намагається якось викрутитися, обдурити іншого» [25]. Даній переконаності додатково сприяє безвідповідальна діяльність деяких засобів масової інформації, а також потік відео-продукції, заповненої сценами обману, насильства, що детермінують розвиток агресивності у підлітків. Слід зазначити, що для багатьох з них типово умисне наслідування певним манерам поведінки як конкретних людей, так і тим стереотипам, які пропонуються різними засобами інформації. Звідси велика кількість «бойовиків», «трилерів», що провокують агресивні форми поведінки підлітка, роблячи його дорослим у власних очах і будучи засобом демонстрації своєї значущості. Це проявляється і в бажанні зайняти певне місце в референтній групі, домогтися самоствердження,

усвідомлення себе людиною, якого не можна принижувати, пригнічувати. При цьому референтними групами для частини підлітків стають різні компанії з асоціальною спрямованістю, де задержуватість, агресивність досить часто розглядаються як докази «дорослості», «мужності» [38].

Виходячи з того, що розвиток дитини здійснюється в діяльності, а підліток прагне до твердження себе, своєї позиції як дорослий, серед дорослих, необхідно забезпечити включення його в таку діяльність, яка лежить в сфері інтересів дорослих, але в той же час створює можливості молодій людині реалізувати і затвердити себе на рівні старших. В якості такої діяльності, конгруентної підліткового віку, виділяють соціально визнані і соціально схвалювані види функціонування. Психологічний сенс цієї діяльності полягає для сучасного підлітка в тому, що, беручи участь в ній, він фактично залучається до справ суспільства, займає в ньому певне місце і стверджує свою нову соціальну позицію серед дорослих і однолітків. У процесі такого соціального функціонування підліток усвідомлює себе і визнається оточуючими як рівноправний член суспільства, що створює оптимальні умови для реалізації його потреб.

Педагогічно «нав'язувана» підлітку соціально схвалюванна діяльність, коли вона виступає для нього як самостійно організована, здатна забезпечити формування адекватної їй мотиваційно-потрібностної сфери, так як, з одного боку, відповідає очікуванням зростаючої людини, його внутрішньому потенціалу; з іншого - надає йому практику для розвитку самосвідомості, формуючи норми його життєдіяльності. Основні принципи, форми і методи побудови такої діяльності, відпрацьовані в умовах виховання підлітка «в нормі», вимагають значного коректування при включенні в неї підлітків, що відрізняються підвищеною агресивністю [51].

Перш за все, необхідна організація системи розгорненої діяльності, що створює жорсткі об'єктивні умови, певний порядок дій, чітко визначені зразки і постійний контроль, що поступово переростає в самоконтроль.

Розлади особистості як об'єкт терапевтичного впливу на сучасному етапі видається спірною і мало дослідженою проблемою. Предметом дискусії є не

тільки вибір способів корекції, але і точка прикладання того чи іншого методу терапії особистісної патології, особливо при наявності агресивних форм поведінки.

Дані, отримані в результаті дослідження, дозволяють обґрунтувати програму корекції поведінки підлітків з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості.

Стратегічною метою такої програми є досягнення прийнятого рівня соціалізації пацієнтів, який дозволяв би їм вписуватися в систему соціальних норм і регламентацій поведінки.

Завдання програми включають не тільки корекцію поведінкових порушень, а й реконструкцію дисгармонічної особистості.

Значна роль в соціалізації індивіда, в засвоєнні ним соціально-культуральних норм і моделей поведінки належить родині. Несприятлива сімейна обстановка і неконструктивні стилі виховання, сприяючи формуванню високого рівня особистісної тривожності і розвитку соціально-психологічної деформації особистості, роблять визначальний вплив на становлення особистісних розладів і пов'язаних з ними поведінкових порушень. У зв'язку з цим велике значення в профілактиці агресивних форм поведінки має оздоровлення сімейного середовища і корекція неадекватних методів виховного впливу.

Аналіз результатів проведених в дослідженні методів психологічного тестування виявив провідні патерни у виникненні та посиленні проявів тривоги, що детермінують розвиток і прояви агресії в структурі декомпенсації особистісних розладів.

Так, у підлітків з диссоціативним розладом особистості відсутнє усвідомлення дефектів свого характеру і наявності будь-яких проблем і конфліктів в залежності від характеру ситуації, як джерела тривоги, сприяє підвищенню її рівня. У зв'язку з цим основна увага в психотерапевтичній корекції має бути направлена на вироблення позитивного світосприйняття, довірливого ставлення до оточуючих, усвідомлення пацієнтом неспроможності і деструктивності наявних у нього комунікативних навичок.

Характерні для ананкастного розладу особистості дефекти системи антиципації, які проявляються в невмінні представників даної групи планувати майбутні вчинки, нехтуванні наслідками своїх дій, недостатньої здатності отримувати користь з минулого досвіду, приводять їх до повторних конфліктів з оточуючими. Зростаючий при цьому рівень тривоги призводить до періодичної реалізації агресивних тенденцій. Наявність завищеної самооцінки в поєднанні з почуттям власної неповноцінності, ригідність механізмів емоційного відреагування сприяють накопиченню негативних емоційних переживань, «застрягання» на труднощах фрустраційної ситуації, стереотипізації агресивних форм поведінки. У зв'язку з цим основною метою психотерапевтичної роботи з підлітками даної групи є зміна існуючих деструктивних патернів поведінки шляхом формування відповідальної поведінки, здатності планувати власні вчинки, опрацювання і подальше вироблення здатності до більш гнучкого реагування у важких ситуаціях, що сприяє формуванню стійкої адекватної самооцінки і впевненості в собі.

Власлива підліткам з істеричним розладом особистості підвищена потреба в загальній любові і визнанні, нестійка самооцінка з тенденцією до її завищення, егоцентрична система, тенденція до перекладання почуття відповідальності на оточуючих зумовлюють зростання рівня тривоги при загрозі цілісності зазначених особистісних характеристик і сприяють прояву істеричних форм емоційного реагування, що виявляються в різних варіантах агресивної поведінки. Усвідомлення пацієнтом деструктивності наявних особистісних рис, формування у нього здатності до прийняття на себе відповідальності за власні вчинки сприяє зміцненню адекватної самооцінки, зниженню рівня особистісної тривожності і значної редукції імпульсивних і істеричних реакцій.

У зв'язку з цим актуальність психотерапевтичної корекції агресивних форм поведінки у підлітків з розладами особистості не викликає сумнівів.

До недавнього минулого існувала думка про малу ефективність психотерапії при зазначених станах. Це пояснюється рядом причин: відсутністю чітко розроблених етіопатогенетичних параметрів агресивної поведінки,

відсутністю мотивації до лікування у пацієнтів з розладами особистості, неосознанністю пацієнтами наявності у себе високого рівня тривоги, ригідністю механізмів психологічного захисту.

Беручи до уваги складність генезу розладів особистості і агресивних форм поведінки в їх структурі, найбільш адекватним представляється використання недирективних способів психотерапевтичного впливу (психодинамічна психотерапія, гештальт терапія, особистісно-орієнтована і раціональна психотерапія). Перераховані психотерапевтичні методи більшою мірою, на відміну від директивних психотерапевтичних технік, відповідають завданням лікувальної тактики, сприяють усвідомленню пацієнтами своїх внутрішніх проблем, формуванню мотивації до змін наявних неконструктивних стилів поведінки, підвищенню рівня стійкої позитивної самооцінки і самодостатності, здатності до самостійного прийняття рішень, позитивному світосприйняттю і виробленню конструктивних способів міжособистісної взаємодії [2].

Найбільш оптимальним при корекції агресивних форм поведінки у підлітків з розладами особистості є використання психодинамічної психотерапії. У зв'язку з тим, що спонтанна мотивація до лікування у даного контингенту пацієнтів невелика, найбільш раціональним представляється включення пацієнтів на початкових етапах лікування в групоаналітичну терапію. Ефективність використання цього методу підкреслюється багатьма авторами [7, 14, 16].

Організуюючи цілеспрямоване включення підлітків, що проявляють підвищену ворожість і агресивність, в групову терапевтичну роботу необхідно виявити найбільш чіткі моменти, «вузлові точки» терапевтичного впливу на формування соціально прийнятих форм поведінки, моральної сфери особистості підлітків. На першому етапі «входження» агресивних дітей в систему групової психотерапевтичної інтервенції найважливіше значення набуває їх зацікавленість. Вірніше, необхідна не просто зацікавленість, а зацікавленість, котра досягається за допомогою використання різних прийомів, потребуючих ініціативи та творчості підлітків. Саме зацікавленість залучає підлітків в коло колективного групового тренінгу, дозволяючи знайти гідне місце в групі однолітків,

задовольняючи потреби агресивно налаштованого підлітка в визнанні його прав і можливостей, нівелюючи тим самим агресивність.

Оснoву аналітичної терапії в групі становить відсутність будь-яких процедур, структурують сесію. Пацієнтам забороняється лише заподіяння фізичної шкоди одне одному. Інші форми взаємодії розглядаються як «вільні групові асоціації». У процесі групової терапії і програвання різних конфліктів відзначається перенесення моделей поведінки з минулого досвіду на провідних групи і її членів з включенням як «свідомого, так і несвідомого рівнів» [12, 21].

В динаміці група проходить три фази: орієнтації, конфронтації і співробітництва. Перші дві фази дозволяють пацієнтам усвідомити наявність і неспроможність деструктивних патернів власної поведінки, сприяють формуванню і закріпленню стійкої мотивації до подальшої психотерапевтичної роботи; починають вироблятися більш гнучкі конструктивні способи міжособистісної взаємодії. В період третьої фази чіткіше проявляються відносини перенесення і контрпереноса з формуванням моделі «батьківської сім'ї». Важливість даного феномена пояснюється тим, що первинні психопатичні порушення, закладаючись в дитинстві, є по суті симптомом «неврозу сім'ї» [23]. Основна спрямованість психотерапевтичного впливу в цій фазі зводиться до опрацювання важких сімейних ситуацій, орієнтації пацієнтів на подальшу індивідуальну психодинамічну психотерапію [12].

Підлітки з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості не мають свого «Я», не мають адекватну самоповагу і почуття довіри до оточуючих. У дорослому житті ці пацієнти відчують нестачу довіри у всіх своїх взаєминах, особливо в стосунках інтимного характеру. Цим багато в чому пояснюється надмірна «опірність» пацієнтів до терапії, тривалість формування почуття довіри до психотерапевта, а також активізація на перших етапах психотерапії наявних ригідних незрілих механізмів психологічного захисту (заперечення, раціоналізація, примітивна ідеалізація, всемогутність, проекція та інше).

Враховуючи вищевикладене, стає зрозумілим, наскільки складним є процес подальшої індивідуальної роботи з такими підлітками. Основними пунктами в індивідуальній терапії розладів особистості є становлення довірчих терапевтичних взаємин, усвідомлення пацієнтом деструктивності наявних механізмів психологічного захисту, неспроможності «боротьби» з навколишньою дійсністю, зміщення фокусу уваги пацієнта на вирішення внутрішніх конфліктів, вироблення конструктивних способів комунікації з оточуючими і інтеграції негативних і позитивних аспектів образів власного «Я» [18, 42].

ВИСНОВКИ ЗА ЧЕТВЕРТИМ РОЗДІЛОМ

Дані, отримані в результаті дослідження, дозволяють обґрунтувати програму корекції поведінки підлітків з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості.

Стратегічною метою такої програми є досягнення прийнятого рівня соціалізації пацієнтів, який дозволяв би їм вписуватися в систему соціальних норм і регламентацій поведінки.

Завдання програми включають не тільки корекцію поведінкових порушень, а й реконструкцію дисгармонічної особистості.

Значна роль в соціалізації індивіда, в засвоєнні ним соціально-культуральних норм і моделей поведінки належить родині. Несприятлива сімейна обстановка і неконструктивні стилі виховання, сприяючи формуванню високого рівня особистісної тривожності і розвитку соціально-психологічної деформації особистості, роблять визначальний вплив на становлення особистісних розладів і пов'язаних з ними поведінкових порушень. У зв'язку з цим велике значення в профілактиці агресивних форм поведінки має оздоровлення сімейного середовища і корекція неадекватних методів виховного впливу.

Аналіз результатів проведених в дослідженні методів психологічного тестування виявив провідні патерни у виникненні та посиленні проявів тривоги, що детермінують розвиток і прояви агресії в структурі декомпенсації особистісних розладів.

Найбільш оптимальним при корекції агресивних форм поведінки у підлітків з розладами особистості є використання психодинамічної психотерапії. У зв'язку з тим, що спонтанна мотивація до лікування у даного контингенту пацієнтів невелика, найбільш раціональним представляється включення пацієнтів на початкових етапах лікування в групоаналітичну терапію.

Підлітки з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості не мають свого «Я», не мають адекватну самоповагу і почуття довіри до оточуючих. У дорослому житті ці пацієнти відчувають нестачу довіри у всіх

своїх взаєминах, особливо в стосунках інтимного характеру. Цим багато в чому пояснюється надмірна «опірність» пацієнтів до терапії, тривалість формування почуття довіри до психотерапевта, а також активізація на перших етапах психотерапії наявних ригідних незрілих механізмів психологічного захисту (заперечення, раціоналізація, примітивна ідеалізація, всемогутність, проекція та інше).

Враховуючи вищевикладене, стає зрозумілим, наскільки складним є процес подальшої індивідуальної роботи з такими підлітками. Основними пунктами в індивідуальній терапії розладів особистості є становлення довірчих терапевтичних взаємин, усвідомлення пацієнтом деструктивності наявних механізмів психологічного захисту, неспроможності «боротьби» з навколишньою дійсністю, зміщення фокусу уваги пацієнта на вирішення внутрішніх конфліктів, вироблення конструктивних способів комунікації з оточуючими і інтеграції негативних і позитивних аспектів образів власного «Я».

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У курсовій роботі на основі клініко-психопатологічного та соціально-психологічного аналізу агресивної поведінки підлітків в структурі розладів особистості представлений теоретичний розділ і практична частина з результатами дослідження, на основі яких клінічні психологи можуть виявити і запобігти виникнення агресивних форм поведінки у підлітків з різними варіантами розладів особистості.

В основу проведеного дослідження покладено результати обстеження 50 підлітків чоловічої статі у віці від 14 до 18 років, що проходили амбулаторне або стаціонарне обстеження і лікування в приватній клініці «Medical Plaza» (місто Дніпро) в період з вересня 2019 року по грудень 2019 року з діагнозами: «Диссоціативний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.2), «Істеричний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.4), «Ананкастний розлад особистості» (код за МКХ-10 – F 60.5) і «Акцентуація характеру за збудливим типом» (код за МКХ-10 – Z 73.1). Верифікація діагнозу здійснювалася за критеріями МКХ-10. Контрольну групу склали 25 підлітків без ознак психічної та соматичної патології.

У генезі і клінічному прояві агресивної поведінки в структурі розладів особистості у підлітків беруть участь різні соціально-психологічні чинники: соціальне походження, рівень освіти і виховання, а також особи, що здійснюють процес виховання. З сімей робітників переважають особи з диссоціативним розладом особистості, а з сімей службовців - пацієнти з істеричним розладом особистості. У порівнянні з контрольною групою підлітки з розладами особистості переважно виховуються в неповних сім'ях.

Під час дослідження були використані кілька стандартизованих психологічних методик. За їх результатами складено шкали. Результати наведені нижче.

За даними шкали тривоги Тейлор максимальний загальний рівень тривоги виявлено у пацієнтів з істеричним розладом особистості (45,05 + 0,64 бала). Дані показники свідчать про дуже високий рівень і ступінь усвідомленості тривоги.

Мінімальний загальний рівень тривоги виявлений у осіб з диссоціативним розладом.

Дані, отримані при дослідженні за методикою Спілбергера-Ханіна, свідчать про те, що найбільш високі показники ОТ характерні для пацієнтів з ананкастним розладом особистості (71,93 + 1,20 балів). Мінімальний рівень ОТ був виявлений у осіб з диссоціативним розладом особистості (38,21 + 0,52 бала). Таким чином, декомпенсація розладу особистості в більшості спостережень проявляється порушеннями поведінки, що мають у своїй структурі агресивний компонент.

Підліткам з агресивними формами поведінки в структурі розладів особистості повинна бути надана психотерапевтична допомога, яку слід проводити відповідно до інтегративного аналізу взаємозв'язку клініко-психопатологічних, індивідуально-психологічних і соціально-психологічних параметрів, що детермінують особливості виникнення і прояву агресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агресія у дітей та підлітків / За ред. Н.М.Платоновой.- СПб .: Речь, 2004.- 336 с.
2. Александров А.А. Сучасна психотерапія. - СПб .: Академічний проект, 1997.- 334 с.
3. Александровский Ю.А. Прикордонні психічні розлади: навч. посібник / Ю.О. Александровский. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.
4. Антропов Ю.Ф. Депресивні розлади і агресивні прояви у дітей // Ріс. психіатрич. журн. - 2004.- №2.- С. 42-45.
5. Бандура А., Уолтерс Р. Підліткова агресія. Вивчення впливу виховання і сімейних відносин: Пер. з англ М .: Квітець Прес, 1999.- 512 с.
6. Барденштейн Л.М., Можгинський Ю.Б. Взаємозв'язок патологічної агресивної поведінки і депресії у підлітків // Ріс. психіатрич. журн.- 2000.- №1.- С. 42-45.
7. Берковіц Л. Агресія: причини, наслідки та контроль: Пер. з англ.- СПб .: Прайм-Евроснак, 2001.- 512 с.
8. Берон Р.А. Агресія: Пер. з англ.- СПб .: Питер, 1997.- 336 с.
9. Битенский В.С., Куницька В.В., Савостин А.П. Підліткова агресивність. Суб'єкти і об'єкти // Арх. психіатрії.- 1995.- Вип. 9.- С. 101-102.
10. Бутома Б.Г. Варіанти проявів агресивної поведінки при деяких соматичних і психічних захворюваннях: (Огляд) // Журн. неврології і психіатрії.- 1992.- Т.92, №2.- С. 122-126.
11. Влох І.Й., Губар З.В., Тростяна М.П. Аналіз агресивної поведінки пацієнтів у стаціонарних психіатричних відділеннях // Судова і соціальна психіатрія 90-х років: Мат. міжнар. конф. - Київ-Харків-Дніпропетровськ, 1994.- т.1.- С. 110-111.
12. Дитяча та підліткова психотерапія / Під ред. Д. Лейна, Е. Міллера: Пер. з англ.- СПб .: Петербург, 2001.- 448 с.

13. Енікополов С.Н. Деякі проблеми психології агресивної поведінки дітей та підлітків // Соц. і клін. психіатрія.- 2002.- №2.- С. 40-45.
14. Задорожний В.З. Вивчення особливостей агресивної поведінки підлітків з розладами особистості // Укр. мед. альманах. - 2005. - №4. - С. 67-69.
15. Задорожний В.З. Клініко-психопатологічна та психологічна характеристика підлітків з агресивними формами поведінки в структурі істеричного розладу особистості // Арх. психіатрії.- 2005. - №1. - С. 76-80.
16. Задорожний В.З. Основні принципи корекції агресивної поведінки підлітків з розладами особистості // Запорізький мед. журн. - 2005. - №6. - С. 98-101.
17. Захаров А.І. Неврози у дітей і підлітків.- Л .: Медицина, 1988.- 248 с.
18. Змановська Є.В. Девіантологія: Психологія відхиляючої поведінки.- М .: Академія, 2003.- 288 с.
19. Каплан Г.І. Клінічна психіатрія: Пер. з англ. / Г.І. Каплан, Б.Дж. Седок. - М.: Медицина, 1994. - Том 1. - 672 с.
20. Карандашев В.Н., Лебедева М.С., Спілбергер Ч. Вивчення оціночної тривожності. Керівництво по використанню методики Ч.Спілбергера. - СПб .: Мова, 2004. - 80 с.
21. Когнітивна психотерапія розладів особистості / За ред. А. Бека, А. Фрімена: Пер. з англ.- СПб .: Петербург, 2002.- 544 с.
22. Комер Р. Патопсихологія поведінки. Порушення і патології психіки: Пер. з англ.- СПб .: Прайм-Еврознак, 2002.- 608 с.
23. Кощавцев А.Г., Поздняк В.В., Алексеєва У.Н. До питання про вплив фактора батьківсько-дитячої прихильності на девіантну поведінку підлітків // Соц. і клін. психіатрія.- 2003.- №1.- С. 19-21.
24. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник.-Харків: Фоліо, 2001.- 272 с.
25. Марценковська І.І., Бандура В.А. Механізми формування розладів соціальної поведінки у підлітків // Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, №3.- С. 133-135.

26. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (десятий перегляд). – Всесвітня організація охорони здоров'я. - Женева, 1995.- Том 1, часть1.- С. 362-372.

27. Нікольська І.М., Грановська Р.М. Психологічний захист у дітей.- СПб .: Речь, 2000.- 508 с.

28. Первий В.С. Клініко-психопатологічний та психологічний аналіз агресивних форм поведінки у хворих з розладами особистості: Автореф. дис. к.мед.н.- К., 1999.- 20 с.

29. Перлз Ф. Досліди психології самопізнання. Практикум гештальт терапії: Пер. з англ М .: Прогрес, 1993.- 236 с.

30. Полтавець В.І., Первий В.С., Жабокрицький С.В. Агресивна поведінка при розладах особистості. - Д .: Арт-Пресс, 1998.- 80 с.

31. Попов Ю.В., Вид В.Д. Сучасна клінічна психіатрія.- М .: Экспертне бюро-М, 1997.- 496 с.

32. Прихожан А.М. Тривожність у дітей та підлітків: психологічна природа і вікова динаміка.- Воронеж: МОДЕК, 2000.- 304 с.

33. Психологія: комплексний підхід / Під ред. М.Айзенка: Пер. з англ Мн .: Нове знання, 2002.- 832 с.

34. Психологія підлітка. Повне керівництво / За ред. А.А.Реана.- СПб .: Прайм-Еврознак, 2003.- 432 с.

35. Райгородський Д.Я. Практична психодіагностика. - Самара: БАХ-РАХ-М, 2000.- 672 с.

36. Раттер М. Взаємозв'язок між психічними розладами в дитинстві і психічними розладами в дорослому віці: Пер. з англ. // Соц. і клініч. психіатрія.- 1995.- Т.5, вип.4.- С. 123-139.

37. Реан А.А. Агресія і агресивність особистості // Психол. журн.- 1996.- Т.17, №5.- с.3-18.

38. Розлади поведінки дитячого і підліткового віку / За ред. Дж. Хілла, Б. Моен: Пер. з англ. - К .: Сфера, 2006.- 540 с.

39. Румянцева Т.Г. Агресія і контроль // Питання психології 1992.- №5-6.- С.35-40.
40. Саркісов Д.А., Пальцев М.А., Хітров Н.К. Загальна патологія людини / Д.А. Саркісов, М.А. Пальцев, Н.К. Хітров. - М.: Медицина, 1995. - 272 с.
41. Семенюк Л.М. Психологічні особливості агресивної поведінки підлітків і умови його корекції.- М .: Флінта, 1998.- 96 с.
42. Соловійова С.Л., Незнанів Н.Г. Психологічні особливості осіб з різними варіантами агресивної поведінки // Огляд психіатрії та мед. Психології 1993.- №1.- С. 75-77.
43. Стаценко О.М. Клінічна оцінка різних форм агресивної поведінки при деяких прикордонних психічних захворюваннях у підлітків: Діс.к.мед.н.- М., 1991.- 189 с.
44. Тривога і обсессії / Под ред. А.Б. Смулевіча.- М., 1998.- 368 с.
45. Урса Р.Д., Зоннеберг С.М., Лазар С.Г. Психодинамічна психотерапія: Пер. з англ. М .: Рос. психоаналітич. асоціація, 1992.- 268 с.
46. Фромм Е. Анатомія людської деструктивності: Пер. з англ М .: Республіка, 1994.- 448 с.
47. Хорні К. Наші внутрішні конфлікти // Психоаналіз і культура.- Пер. з англ М .: Юрист, 1995.- С. 7-190.
48. Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Самоаналіз: Пер. з англ М .: Прогрес, 1993.- 480 с.
49. Чабан О.С., Газолишин В.А. Деякі психологічні аспекти деструктивної поведінки підліткової групи // Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, №2.- С. 20-23.
50. Чуркін А.А., Берсенєв А.В. Клініко-динамічні особливості формування прикордонних психічних розладів у учнівської молоді // Психіатрич. журн.- 2003.- №5.- С. 21-24.
51. Шебанова В.І. Діагностика та корекція агресивної поведінки молодших школярів з порушеннями психічного розвитку: Автореф. дис. к.психол.н.- К., 2002.- 18 с.

52. Шеффер Д. Діти і підлітки: психологія розвитку: Пер. з англ.- СПб .: Петербург, 2003.- 976 с.
53. Шнейдер Л.Б. Девіантна поведінка дітей і підлітків. - М .: Академічний Проект, 2005. - 336 с.
54. Abridged somatization: a study in primary care / J.I. Escobar, H. Waitzkin, R.C. Silver [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 1998. – Vol. 60, N 4. – P. 466 – 472.
55. Adler A. Understanding Human Nature. – Greenberg. New York, 1927. – P. 44–66.
56. Ammon, C. J., G. E. Randall and G. Zandt, On the non-uniqueness of receiver function inversions, *J. Geophys. Res.*, 95, 15303-15318, 1990.
57. Berrocal C. Anxiety sensitivity and panic symptomology: the mediator role of hypochondriacal concerns / C. Berrocal, F.R. Moreno, J. Cano // *Span. J. Psychology*. – 2007. – N.10. – P. 159 – 166.
58. Berkowitz L. Aggression: A social psychological analysis / L. Berkowitz., 1962.
59. Coudroglou A. Violence as a social mutation / A. Coudroglou., 1996. – 328.
60. Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward / V. Sar, A. Koyuncu, E. Ozturk [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 29, N 1. – P. 45 – 50.
61. Frustration and aggression / J.Dollard, W. Leonard, H. Orval, E. Neal. – New Haven: Yale University Press, 1939.
62. Fromm E. Man for himself; an inquiry into the psychology of ethics / E. Fromm. – Rinehart, 1947.
63. Holmes J. Space and the secure base in agoraphobia: a qualitative survey / J. Holmes // *Area*. – 2008. – Vol. 40, N 3. – P. 357 – 382.
64. Lepine J.P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs / J.P. Lepine // *H. Clin. Psychiatry*.– 2002. – Vol. 63, Suppl. 2. – P. 4 – 8.
65. Lorenz K. Z. On Aggression / Konrad Zacharias Lorenz. – Vienna: Neoclassic, 1963. – 416.

66. Nutt D.J. New insights into the role of the GABA_A-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder / D.J. Nutt, A. Mazilia // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – P. 390 – 397.

67. Phelan M. Medical history-taking in psychiatry / M.Phelan, G. Blair // Advances in Psychiatric Treatment. – 2008. – Vol. 14. – P. 229 – 334.

68. Plutchek R. Structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchek, H. Kellerman, H.R. Conte // Emotions in personality and psychopathology / eds. C.E. Izard. – New York: Plenum Press, 1979.– P. 229 – 257.

69. Quality of Life in Social Anxiety Disorder Compared With Panic Disorder and the General Population / N.M. Simon, M.W. Otto, N.B. Korbly [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol. 53, N 6. – P. 714 – 718.

ДОДАТКИ

Додаток А

Карта клініко-психопатологічного обстеження

1. Назва лікувального закладу _____
2. Прізвище, ім'я, по батькові
обстежуваного _____
3. Дата народження _____
4. Стать: ч-1, ж-2
5. Номер амбулаторної картки _____
6. Дата надходження _____
7. Дата виписки _____
8. Тривалість захворювання: вперше виявлено - 1; до 5 років - 2; до 10 років - 3; понад 10 років - 4; не знає - 5
9. Діагноз _____

10. Число госпіталізацій, включаючи поточну _____
11. Обставини цієї госпіталізації: примусово -1, самостійно під загрозою соціальних санкцій -2, самостійно під тиском близьких родичів -3, звернувся за власною ініціативою - 4, ургентно - 5
12. Причина госпіталізації

13. Шифр психічного розладу по МКХ-10 _____
14. Соціальне походження: з сім'ї робітників -1, із сільської родини -2, з сім'ї службовців -3
15. Виховувався: в повній сім'ї -1, був відсутній один з батьків -2, без батьків -3
16. Освіта: початкова -1, середня -2, середньо-спеціальна -3, незакінчена вища -4
17. Професійний статус: робочий -1, службовець -2, учень -3, студент -4, інше -5

18. Сімейний стан: неодружений -1, одружений -2, розлучений -3
19. Домінувала в сім'ї особистість: батько -1, мати -2, дідусь по батьківській лінії -3, бабуся по батьківській лінії -4, дідусь по материнській лінії -5, бабуся по материнській лінії -6
20. Хто практично займався вихованням обстежуваного: батько -1, мати -2, дідусь по батьківській лінії -3, бабуся по батьківській лінії -4, дідусь по материнській лінії -5, бабуся по материнській лінії -6
21. Види покарань: переважно вербальні -1, переважно фізичні -2
22. Реакція обстежуваного на виховні заходи впливу: індіферентність -1, підпорядкування -2, пасивний опір -3, активний опір -4, бажання помститися -5
23. Успішність в школі: відмінна -1, хороша -2, задовільна -3, незадовільна -4
24. Розуміння проблем обстежуваного родичами: повне -1, достатню -2, недостатнє -3, відсутня -4
25. Ситуаційно-особистісні реакції: реакції відмови -1, реакції активної опозиції -2, реакції пасивної опозиції -3, реакції імітації -4, реакції компенсації -5, реакції гіперкомпенсації -6, реакції емансипації -7
26. Ставлення до зброї: позитивне -1, нейтральне -2, негативний -3
27. Конституційний тип: астеничний -1, нормостеничний -2, гіперстеничний -3
28. Реалізація агресивних тенденцій: переважно фізична -1, переважно вербальна -2, в фантазіях -3, імпульсивно -4, навмисно -5
29. Прояви ментального садизму (бажання принижувати, ображати): ніколи -1, рідко -2, часто -3, практично постійно -4
30. Залучення в конфліктні ситуації: активне -1, пасивне -2, швидке -3, повільне -4
31. Поведінка в конфліктній ситуації: керована -1, практично некерована -2, некерована -3
32. Переважний стиль реагування в конфліктній ситуації: закиди -1, образи -2, шантаж -3, крик -4, сарказм -5, застосування фізичної сили -6

33. Спрямованість агресії: переважно на власну особистість -1, переважно на оточуючих людей -2, переважно на навколишні предмети -3

34. Ступінь усвідомлення агресивних тенденцій: повне усвідомлення -1, часткове -2, усвідомлюються обстежуваним -3

35. Почуття, яке відчувається обстежуваним після закінчення конфліктної ситуації: індиферентність -1, вина -2, сором -3, тривога -4, страх покарання -5, страх помсти - 6, гнів - 7

36. Тривалість емоційної напруги після закінчення конфліктної ситуації: кілька хвилин -1, кілька годин -2, кілька днів -3, кілька тижнів -4

37. Конфліктні ситуації виникають частіше на ґрунті: побутових інтересів -1, професійних інтересів -2, сексуальних відносин -3

38. Реакція обстежуваного на пресинг з боку оточуючих: індиферентність -1, підпорядкування -2, пасивний опір -3, активний опір -4, бажання помститися -5

Додаток Б

Методика діагностики показників і форм агресії А.Басса і А.Дарки

Інструкція: Прочитуючи запропоновані твердження, приміряйте, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому способу життя, і відповідайте одним з чотирьох можливих відповідей: «так» , «мабуть, так», «мабуть, ні», «ні».

П.І.Б.: _____		Дата: _____		
Ствердження:	Так	Мабуть, так	Мабуть, ні	Ні
1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

1. Часом не можу впоратися з бажанням нашкодити комусь.
2. Іноді можу попліткувати про людей, яких не люблю.
3. Легко дратуюся, але легко і заспокоююся.

4. Якщо мене не попросити по-хорошому, прохання не виконаю.
5. Не завжди отримую те, що мені належить.
6. Знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчутти.
8. Якщо трапляється обдурити будь-кого, відчуваю докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидати речі.
11. Завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться порушити його.
13. Інші майже завжди вміють використовувати сприятливі обставини.
14. Мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я цього чекаю.
15. Часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хтось вдарить мене, я не відповім йому тим же.
18. У роздратуванні ляскаю дверима.
19. Я більш драгітливий, ніж здається з боку.
20. Якщо хтось корчить з себе начальника, я поступаю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Ухиляються від роботи повинні відчувати почуття провини.
25. Хто ображає мене або мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди корчать з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавали.
29. Майже щотижня бачу кого-небудь з тих, хто мені не подобається.
30. Досить багато хто заздрить мені.
31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.
32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.

33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх клацнули по носі.
34. Від злості іноді буваю похмурим.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось намагається вивести мене з себе, я не звертаю на нього уваги.
37. Хоча я і не показую цього, іноді мене гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо злюся, не вдаюся до сильних виразів.
40. Хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Рідко даю здачі, навіть якщо хтось вдарить мене.
42. Ображаюся, коли іноді виходить не по-моєму.
43. Іноді люди дратують мене своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: «Ніколи не довіряти чужинцям».
46. Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.
47. Роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо розлючуся, можу вдарити кого-небудь.
49. З десяти років у мене не було спалахів гніву.
50. Часто відчуваю себе, як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко ладнати.
52. Завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.
53. Коли кричать на мене, кричу у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Б'юся не рідше за і не частіше за інших.
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злий, що хапав першу-ліпшу під руку річ і ламав її.
57. Іноді відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді відчуваю, що життя зі мною надходить несправедливо.
59. Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер цьому не вірю.
60. Лаюся тільки від злості.

61. Коли поступаю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді висловлюю свій гнів тим, що стукаю по столу.
64. Буваю грубуватий по відношенню до людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які хотіли б мені нашкодити.
66. Не вмію поставити людину на місце, навіть якщо він цього заслуговує.
67. Часто думаю, що живу неправильно.
68. Знаю людей, які здатні довести до бійки.
69. Чи не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко приходить в голову думка про те, що люди намагаються розлютити або образити мене.
71. Часто просто загрожую людям, не збираючись приводити загрози у виконання.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У суперечці часто підвищую голос.
74. Намагаюся приховувати погане ставлення до людей.
75. Краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

Ключ до тесту:

“1” - фізична агресія - використання фізичної сили проти іншої людини.

“2” - вербальна агресія - вираження негативних почуттів як через форму (сварка, крик, вереск), так і через зміст мовних звертань до інших (погрози, прокляття).

“3” - непряма агресія - використання у непрямий спосіб чуток, пліток та вияв афектів у криках, тупотінні ногами.

“4” - негативізм - опозиційна форма поведінки, спрямована проти авторитетів та керівництва, яка може виявлятися від пасивного опору до активних дій проти вимог, правил, законів.

“5” - роздратування-схильність до збудження, готовність виявити грубість, запальність.

“6” - підозріливість - схильність до недовіри та обережного ставлення до людей, упевненість у недобрих намірах оточуючих.

“7” - образливість - вияв ненависті до оточуючих та заздрості, що обумовлено почуттям гніву, незадоволеності однією людиною або всім світом за дійсні або уявні страждання.

“8” - почуття провини - ставлення та дії щодо себе або оточуючих, які переконані в тому, що досліджуваний є поганою людиною або діє неправильно: безсовісно, некорисно, зле.

«1»	«3»	«5»	«4»	«7»	«6»	«2»	«8»
1+	2+	3+	4+	5+	6+	7+	8+
9-	10+	11-	12+	13+	14+	15+	16+
17-	18+	19+	20+	21+	22+	23+	24+
25+	26-	27+	28+	29+	30+	31+	32+
33+	34+	35-	36-	37+	38+	39-	40+
41+	42+	43+		44+	45+	46+	47+
48+	49-	50+		51+	52+	53+	54+
55+	56+	57+		58+	59+	60+	61+
62+	63+	64+			65-	66-	67+

68+		69-			70-	71+	
		72+				73+	
						74-	
						75-	
<i>K=11</i>	<i>K=13</i>	<i>K=9</i>	<i>K=20</i>	<i>K=13</i>	<i>K=11</i>	<i>K=8</i>	<i>K=11</i>

Обробка та оцінювання результатів:

Відповіді “так” і “мабуть, так” об’єднуються, так само і відповіді “мабуть, ні” та “ні”.

У випадку збігу відповіді з ключем, ставиться 1 бал. Сума балів, помножена на коефіцієнт, вказаний внизу таблиці кожного параметру агресивності, дає можливість одержати нормовані показники, які характеризують індивідуальні й групові результати (нульові значення не враховуються).

Сумарні показники:

(“1” + “2” + “3”): 3 = ІА - індекс агресивності;

(“6” + “7”): 2 = ІВ - індекс ворожості.

Додаток В

Особистісна шкала прояву тривоги Дж.Тейлор

Інструкція досліджуваному. Прочитайте уважно кожне твердження. В разі згоди у бланку для відповіді поряд із номером питання напишіть “так”. У разі незгоди – “ні”.

Текст опитувальника:

1. Зазвичай я спокійний і вивести мене з себе нелегко.
2. Мої нерви засмучені не більше, ніж у інших людей.

3. У мене рідко бувають запори.
4. У мене рідко бувають головні болі.
5. Я рідко втомлююся.
6. Я майже завжди відчуваю себе цілком щасливим.
7. Я впевнений в собі.
8. Практично я ніколи не червонію.
9. У порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливим.
10. Я червонію не частіше, ніж інші.
11. У мене рідко буває серцебиття.
12. Зазвичай мої руки досить теплі.
13. Я сором'язливий не більше, ніж інші.
14. Мені не вистачає впевненості в собі.
15. Часом мені здається, що я ні на що не придатний.
16. У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці.
17. Мій шлунок сильно турбує мене.
18. У мене не вистачає духу винести всі майбутні труднощі.
19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.
20. Мені здається часом, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не подолати.
21. Мені нерідко сняться нічні кошмари.
22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся, щось-небудь зробити.
23. У мене надзвичайно неспокійний і переривчастий сон.
24. Мене дуже турбують можливі невдачі.
25. Мені доводилося відчувати страх, коли я точно знав, що мені ніщо не загрожує.
26. Мені важко зосередитися на роботі або на якомусь завданні.
27. Я працюю з великою напругою.
28. Я легко приходжу в замішання.

29. Майже весь час я відчуваю тривогу через кого-небудь або чого-небудь.
30. Я схильний сприймати все занадто серйозно.
31. Я часто плачу.
32. Мене нерідко мучать напади нудоти і блювоти.
33. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунка.
34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
35. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
36. Моє матеріальне становище дуже турбує мене.
37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.
38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.
39. Часом, коли я перебуваю в замішанні, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.
40. Навіть у холодні дні я легко пітнію.
41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.
42. Я - людина легко збудливий.
43. Часом я відчуваю себе абсолютно марним.
44. Часом мені здається, що мої нерви сильно розхитані, і я ось-ось вийду з себе.
45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
46. Я набагато чутливіший, ніж більшість інших людей.
47. Я майже весь час відчуваю почуття голоду.
48. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
49. Життя для мене пов'язана з незвичайним напругою.
50. Очікування завжди нервує мене.

Сумарна оцінка: _____ балів

Рівень тривоги: _____

Додаток Г

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л.

Ханіна

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

№	Судження РТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4

16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе відчуваєте ЗВИЧАЙНО.

№	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтесь	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холонокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтесь уникати критичних	1	2	3	4

	ситуацій і труднощів				
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Реактивна тривожність (РТ) визначається по ключу:

$$РТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу:

$$ОТ = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =$$

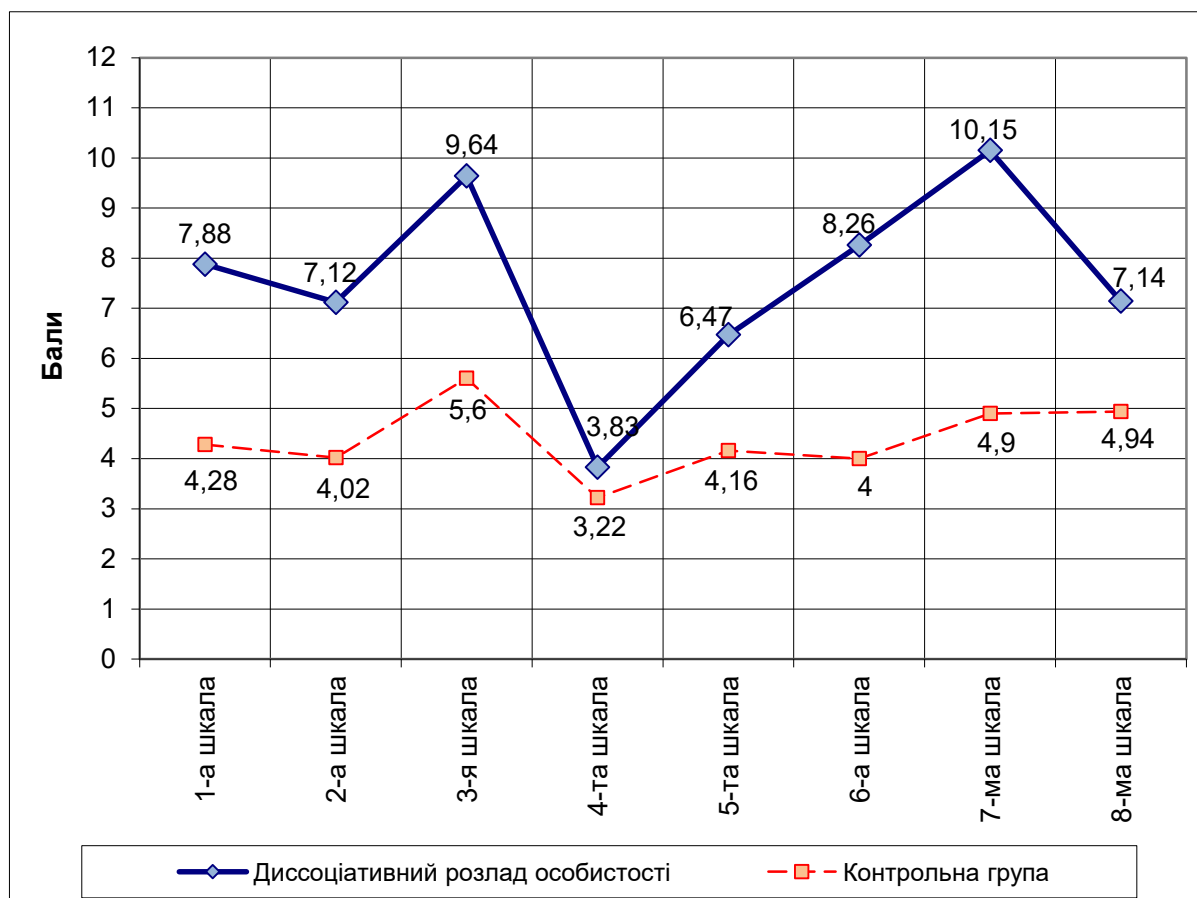


Рис. 3.1 Усереднений профіль тесту Басса-Дарки в групі пацієнтів з диссоціативним розладом особистості

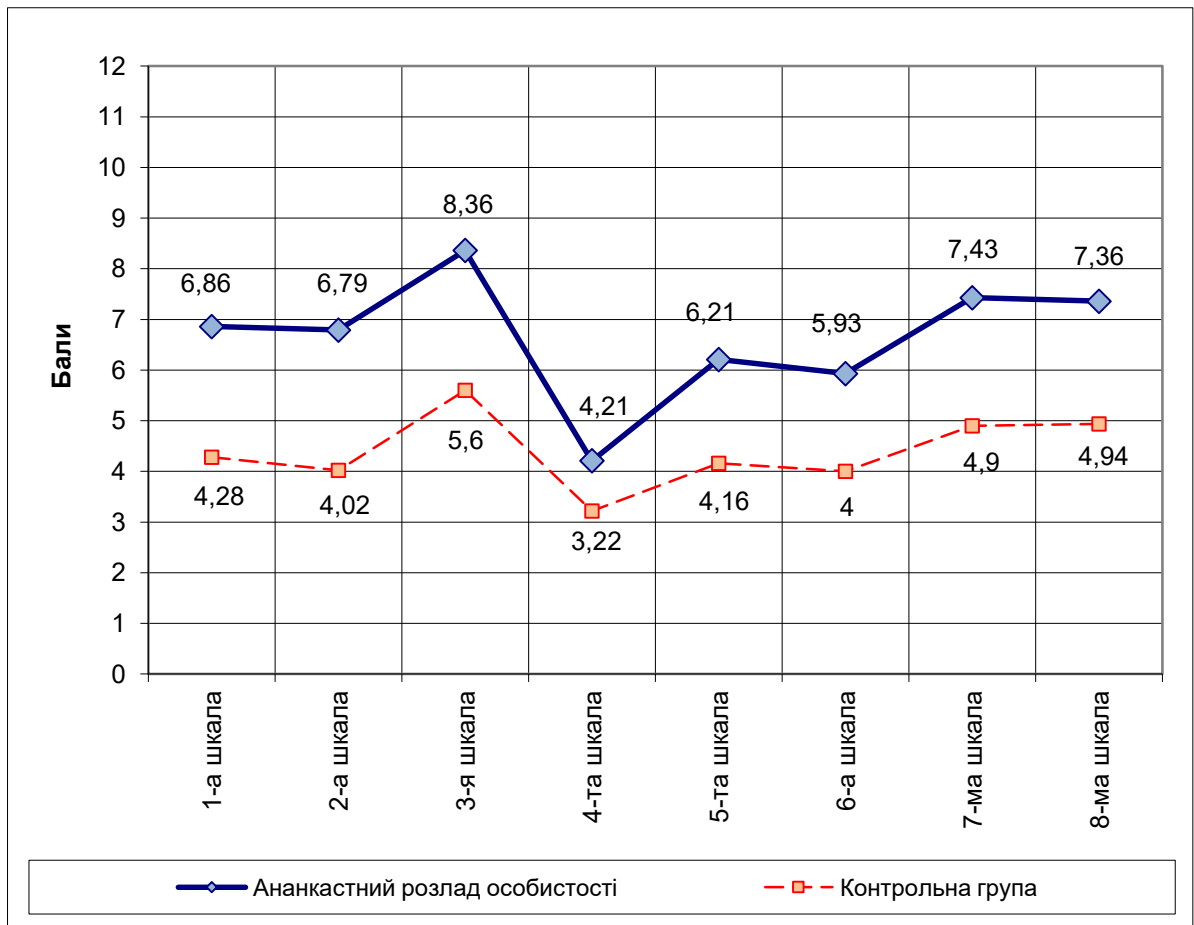


Рис. 3.2 Усереднений профіль тесту Басса-Дарки в групі пацієнтів з ананкастним розладом особистості

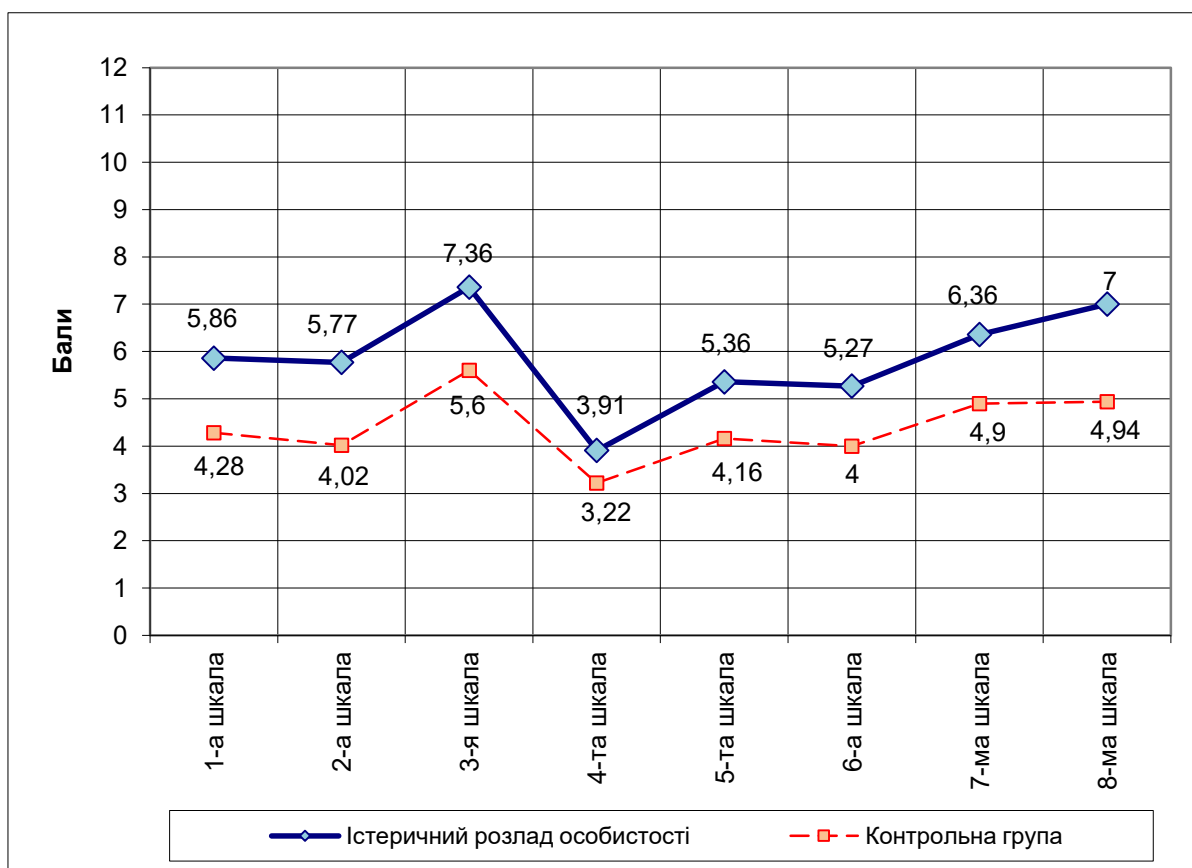


Рис. 3.3 Усереднений профіль тесту Басса-Дарки в групі пацієнтів з істеричним розладом особистості

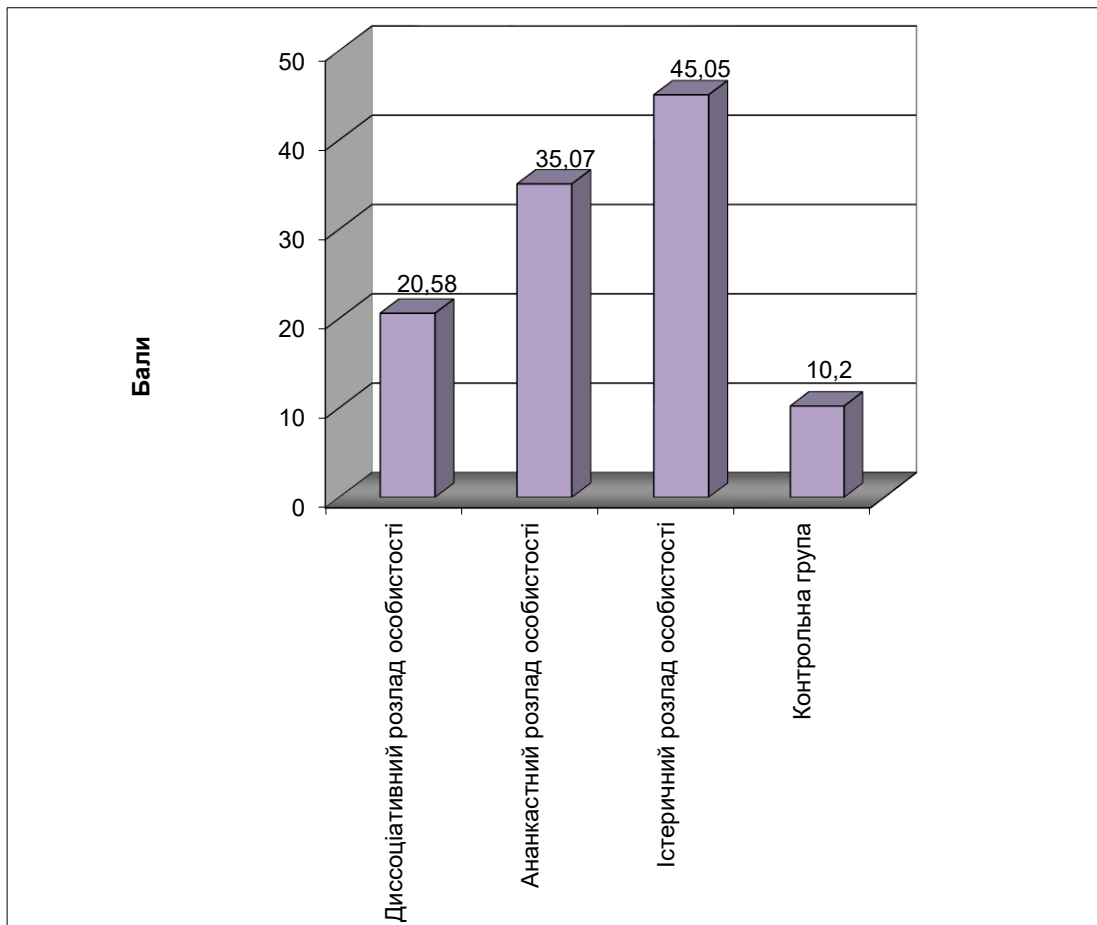


Рис. 3.4 Усереднені показники загального рівня тривоги за шкалою Тейлор в групах обстежених

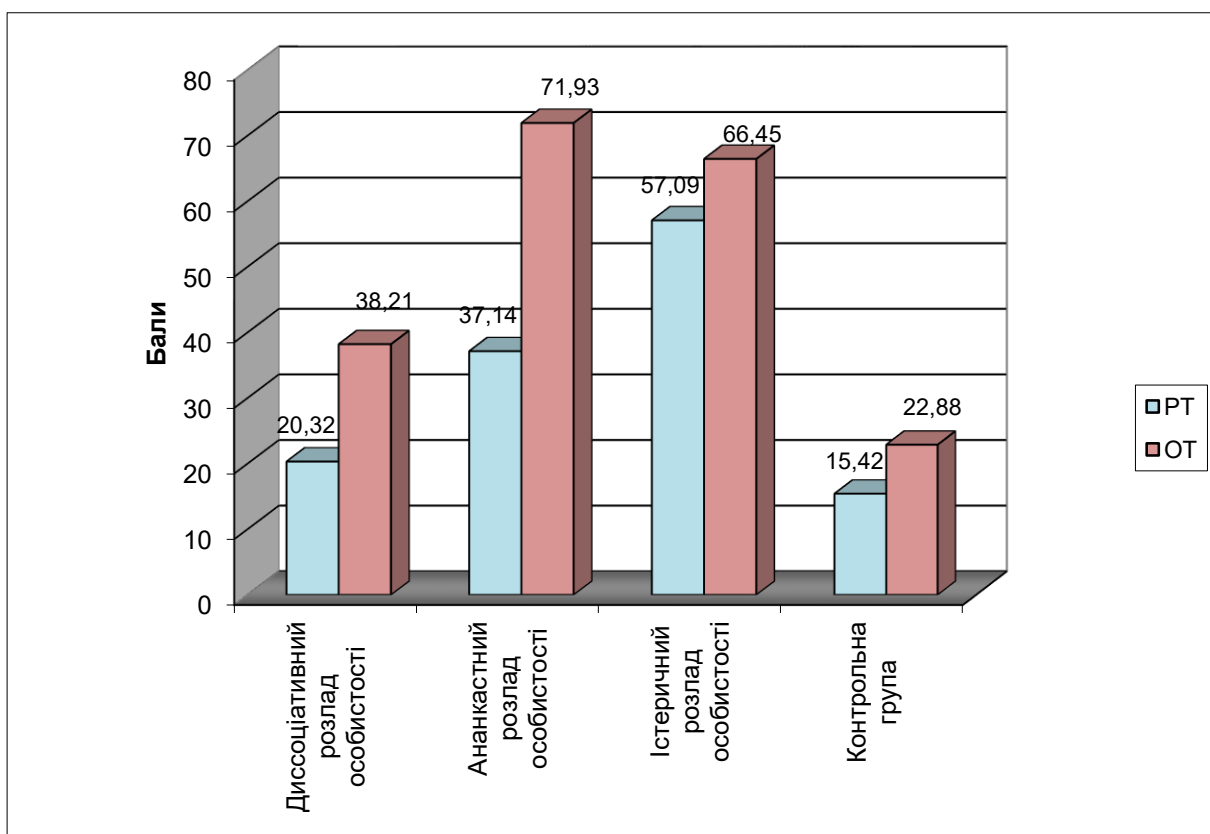


Рис. 3.5 Усереднені показники тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна в групах обстежених