

Яворская М.В.¹, Кучеров В.А.², Матвеев С.В.³, Левченко А.С.⁴, Кравцов Ю.А.¹

Агрессия у подростков с дисплазией соединительной ткани

1ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ Россия, 690002, Владивосток, 2 ООО "Санаторий-курорт Краинка", посёлок Рождествено. ЗГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург. 4ГАУЗ Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи, г. Владивосток

Yavorskaya M.V., Kucherov V.A., Matveev S.V., Levchenko A.S., Kravtsov Yu. A.

Aggression in adolescents with display of connecting tissue

Резюме

В данной работе представлен анализ исследования агрессии у подростков с дисплазией соединительной ткани и подростков без диспластических процессов, который не выявил в обеих группах значимых отличий в структуре агрессии. Актуальность данной работы заключается в том, что широкое распространение в подростковой популяции дисплазии соединительной ткани, её прогрессирующее течение, длительность болезни, тенденция к ранней инвалидизации ставят перед психологической наукой и практикой вопрос об изучении поведенческих особенностей, в частности, агрессии и ее влияния на течение заболевания. У подростков обеих групп преобладает защитная агрессия, которая определяет враждебные действия, возникающие в ответ на реальные или мнимые угрозы. Подростки пытаются защититься от людей, которые имеют над ними власть или их подавляют, в чем-либо ограничивают, что-то запрещают, обычно, это родители, старшие по возрасту или учителя. В окружении сверстников подростки испытывают страх быть непризнанным, стать объектом насмешек, бояться, что их будут обсуждать. Защитная агрессия может активно проявляться на поведенческом уровне и трансформироваться в активную агрессию. Подростки с дисплазией соединительной ткани по сравнению со сверстниками без диспластических проявлений имеют менее выраженные такие качества как: зависть, недоверчивость, настороженность в отношении других людей, обида, подозрительность, чувство вины, индекс враждебности. У подростков с диспластическими нарушениями преобладает активная агрессия по сравнению со здоровыми подростками. Анализ степени выраженности агрессии показал, что у подростков основной группы преобладает высокий уровень агрессии, а подростки без диспластических процессов имели слабый уровень агрессии.

Ключевые слова: агрессия, подростки, дисплазия соединительной ткани

Summary

This paper presents an analysis of the study of aggression in adolescents with connective tissue dysplasia and adolescents without dysplastic processes, which did not reveal significant differences in the structure of aggression in both groups. The relevance of this work lies in the fact that the widespread distribution of connective tissue dysplasia in the adolescent population, its progressing course, the duration of the disease, the tendency towards early disability pose the question of studying behavioral characteristics, in particular aggression and its influence on the course of the disease, before psychological science and practice. In adolescents of both groups, defensive aggression predominates, which determines hostile actions that arise in response to real or perceived threats. Teenagers are trying to protect themselves from people who have power over them or suppress them, limit things in some way, prohibit something, usually they are parents, older in age or teachers. Surrounded by peers, adolescents are afraid of being unrecognized, becoming an object of ridicule, afraid that they will be discussed. Protective aggression can actively manifest itself at the behavioral level and be transformed into active aggression. Adolescents with connective tissue dysplasia, in comparison with peers without dysplastic manifestations, have less pronounced qualities such as: envy, distrustfulness, suspicion towards other people, resentment, suspicion, guilt, index of hostility. In adolescents with dysplastic disorders, active aggression predominates in comparison with healthy adolescents. An analysis of the degree of aggression showed that the adolescents of the main group are dominated by a high level of aggression, and adolescents without dysplastic processes had a weak level of aggression.

Key words: aggression, adolescents, connective tissue dysplasia

Введение

Подростковый возраст является периодом, в котором наиболее вероятно усиление и демонстрация агрессии. В этом возрасте на фоне физического созревания и усиленного интеллектуального развития подросток встает перед реальными задачами самостоятельной адаптации к меняющемуся миру. Агрессивное поведение в этот период может рассматриваться, как стремление освоить и занять свою социальную нишу и, в тоже время, как реакция на внутренние изменения [7;11].

Самостоятельное научное значение приобретает изучение роли негативных эмоций и эмоциональных состояний в структуре различных длительно текущих состояний, таких как дисплазия соединительной ткани. Длительная изоляция пациента от семьи, лишение привычного круга общения, развлечений, привычной обстановки - все это оказывает влияние на внутренний мир подростка [5].

Дисплазия соединительной ткани - группа генетически и клинически полиморфных состояний, которой в настоящее время отводится большая роль в формировании многих физиологических нарушений. Соединительнотканная дисплазия сопровождается тяжелыми патологическими изменениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата [6].

Диспластические изменения у пациентов сохраняются на протяжении всей жизни. В детском возрасте признаки дисплазии нарастают, начиная с младшего школьного возраста признаки можно сгруппировать в синдромы [8;9].

Актуальность данной работы заключается в том, что широкое распространение в подростковой популяции дисплазии соединительной ткани, её прогрессирующее течение, длительность болезни, тенденция к ранней инвалидизации ставят перед психологической наукой и практикой вопрос об изучении поведенческих особенностей, в частности, агрессии и ее влияния на течение заболевания [15].

Целью данного исследования стало изучение агрессии у подростков с дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы

Исследование агрессии у подростков с дисплазией соединительной ткани проводилось на базе ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Были исследованы пациенты, находящиеся на лечении в кардиологическом, гинекологическом и хирургическом отделениях. Основная группа представлена 30 подростками в возрасте от 15 до 17 лет (13 мальчиков и 17 девочек), с дисплазией соединительной ткани, которая была выставлена на основании заключения генетика [9;17].

В контрольную группу вошли здоровые подростки 15-17 лет (11 мальчиков и 19 девочек), обучающиеся на факультете довузовской подготовки Тихоокеанского Государственного Медицинского Университета.

Критерием выбора диагностики диспластических процессов стал проект Российских рекомендаций, разра-

ботанный комитетом экспертов педиатрической группы «дисплазия соединительной ткани» при Российском научном обществе терапевтов, который указал алгоритмы диагностики таких изменений со стороны репродуктивной системы как: задержка формирования вторичных половых признаков, маточные кровотечения пубертатного периода, меноррагия, вторичное бесплодие, предменструальный синдром, аменорея [11]. Для диагностики репродуктивной системы использовалась УЗИ-диагностика яичников и яичек.

Методический комплекс представлен следующими методиками: методика определения интегральных форм коммуникативной агрессии В.В. Бойко, опросник диагностики показателей и форм агрессии А. Басса, А. Дарки, адаптация С. Н. Еникаполова,

Я-структурный тест Г. Аммона, адаптация Ю. А. Тупицина, проективная рисуночная методика «Несуществующее животное» [1;2;10].

Результаты и обсуждение

Определение форм проявлений агрессии, потребности в ней, степень агрессивного заражения, способность к торможению, способы переключения агрессии представлены в таблице 1.

Наиболее выраженными формами коммуникативной агрессивности у подростков основной и контрольной группы выявлены:

- неумение переключать агрессию - данная форма проявляется в неспособности перенаправить агрессивные порывы в безопасное русло, например, на какую-либо деятельность;
- провокация агрессии у окружающих – поведение характеризуется не прямым проявлением агрессии, а в виде недовольства, молчаливых обид, игнорирования, что впоследствии приводит к вспышкам агрессии со стороны окружающих;
- склонность к отраженной агрессии – подростки склонны повторять полученную со стороны собеседника негативную эмоционально-энергетическую информацию.

Наименее выраженная форма коммуникативной агрессивности у подростков обеих групп является ритуализация агрессии. Агрессия становится ритуалом, когда она используется как символ недовольства окружающими. Данная форма закрепляется в поведении подростка и становится излюбленным средством достижения различных целей.

Анализ результатов, полученных с помощью U-критерия Манна-Уитни, представленных в таблице 1, показал, что статистически значимые отличия в формах коммуникативной агрессии у подростков с дисплазией соединительной ткани от форм агрессии у здоровых подростков отсутствуют.

Уровни агрессии, определенные методикой «Опросник определения интегральных форм коммуникативной агрессивности» (В.В. Бойко) представлены в таблице 2.

Качественный анализ полученных результатов показал, что в основной группе средний уровень агрессии

Таблица 1. Результаты опросника интегральных форм коммуникативной агрессии В.В. Бойко.

№ п/п	Формы коммуникативной агрессивности	Объемы сравниваем. выборки	Значения суммы критерия Манна-Уитни, U	Значения верхних критических точек, Z	Уровень отвержения ρ Н ₀ , ρ (односторонний критерий)
1	Спонтанная агрессия	30/30	326,5000	-1,82588	0,067
2	Неспособность тормозить агрессивно	30/30	375,0000	1,10883	0,267
3	Неумение переключать агрессивно	30/30	398,0000	-0,76879	0,442
4	Анонимная агрессия	30/30	416,5000	-0,49528	0,620
5	Провокация агрессии у окружающих	30/30	336,5000	-1,67803	0,093
6	Склонность к отраженной агрессии	30/30	402,5000	-0,70226	0,482
7	Аутоагрессия	30/30	397,5000	-0,77618	0,437
8	Ритуализация агрессии	30/30	427,5000	-0,33265	0,739
9	Склонность заражаться агрессией толпы	30/30	420,0000	-0,44353	0,657
10	Удовольствие от агрессии	30/30	395,5000	-0,80575	0,420
11	Расплата за агрессивно	30/30	421,5000	-0,42136	0,673

Таблица 2. Результаты форм агрессии опросника А. Басса, А. Дарки

№ п/п	Формы агрессии	Объемы сравниваем. выборки	Значения суммы критерия Манна-Уитни, U	Значения верхних критических точек, Z	Уровень отвержения ρ Н ₀ , ρ (односторонний критерий)
1	Физическая агрессия	30/30	422,0000	0,41396	0,678
2	Косвенная агрессия	30/30	425,5000	-0,36222	0,717
3	Раздражение	30/30	394,0000	-0,82793	0,407
4	Вербальная агрессия	30/30	335,5000	-1,69282	0,090
5	Обида	30/30	272,0000	-2,63163	0,008
6	Подозрительность	30/30	316,0000	-1,98111	0,047
7	Негативизм	30/30	387,0000	0,93142	0,351
8	Чувство вины	30/30	252,0000	-2,92732	0,003

Таблица 3 Результаты индексов агрессивности и враждебности по опроснику А. Басса, А. Дарки

№ п/п	Шкала	Объемы сравниваем. выборки	Значения суммы критерия Манна-Уитни, U	Значения верхних критических точек, Z	Уровень отвержения ρ Н ₀ , ρ (односторонний критерий)
1	Индекс агрессивности	30/30	387,0000	-0,93142	0,351
2	Индекс враждебности	30/30	243,5000	-3,05298	0,002

выше, чем в контрольной группе. Такой тип агрессии выражается в спонтанности, некоторой анонимности и слабой способности к торможению. Часто незначительный повод со стороны может спровоцировать агрессию. Подросткам сложно контролировать проявления агрессии, они не всегда находят способы справиться с ней. Подростки склонны проявлять агрессию в местах, где снижен социальный контроль и не будет значительных последствий за нежелательное поведение.

В выборке здоровых подростков по сравнению с подростками с синдромом дисплазии нарушениями преобладает повышенный уровень агрессии. Данный тип агрессии включает в себя спонтанность, провокацию агрессии у окружающих, анонимность, показатели рас-

платы за агрессию, слабую способности к торможению.

Согласно результатам (Таблица 2), полученным с помощью U-критерия Манна-Уитни, статистически значимых отличий уровня коммуникативной агрессивности у подростков основной группы от уровня коммуникативной агрессивности у подростков контрольной группы нет: у подростков с диспластическими нарушениями и у подростков без дисплазии соединительной ткани интегральные формы коммуникативной агрессивности схожи.

Анализ результатов (Таблица 3), полученный с помощью статистической обработки, позволяет сделать вывод, что у подростков без дисплазии соединительной ткани показатели «индекса враждебности» выше, чем у подростков с дисплазией соединительной ткани. Анализ

Таблица 4. Результаты структуры агрессии по Я-структурному тесту Амона:

№ п/п	Формы агрессии	Объемы сравнимые м выборок	Значения суммы критерия Манна-Уитни, U	Значения верхних критических точек, Z	Уровень отвержения ρ No. ρ (односторонний критерий)
1	Конструктивная агрессия	30/30	414,5000	-0,52485	0,599
2	Деструктивная агрессия	30/30	360,0000	-1,33060	0,183
3	Дефицитарная агрессия	30/30	406,0000	0,65051	0,515
4	Конструктивная тревога	30/30	-0,82793	0,407712	-0,835
5	Деструктивная тревога	30/30	302,5000	-2,18070	0,029
6	Дефицитарная тревога	30/30	429,0000	-0,31047	0,756
7	Конструктивное внешнее Я-отграничение	30/30	386,0000	0,94620	0,344
8	Деструктивное внешнее Я-отграничение	30/30	410,0000	-0,59138	0,554
9	Дефицитарное внешнее Я-отграничение	30/30	447,0000	-0,04435	0,964
10	Конструктивное внутреннее Я-отграничение	30/30	-0,82793	0,407712	-0,83553
11	Деструктивная внутреннее Я-отграничение	30/30	-1,89806	0,057689	-1,931
12	Дефицитарная внутреннее Я-отграничение	30/30	397,0000	-0,78357	0,433
13	Конструктивный нарциссизм	30/30	379,0000	-1,04969	0,293
14	Деструктивный нарциссизм	30/30	356,0000	-1,38974	0,164
15	Дефицитарный нарциссизм	30/30	433,0000	-0,25134	0,801

полученных результатов U-критерием Манна-Уитни позволил определить статистически значимые различия между двумя выборками по следующим показателям: обида, подозрительность, чувство вины, индекс враждебности. На основе чего можно говорить, что у подростков с дисплазией соединительной ткани менее выражены такие качества как: зависть, недоверчивость и настороженность в отношении других людей, по сравнению со сверстниками без дисплазии соединительной ткани.

Структура агрессии представлена в таблице 4.

Согласно результатам (Таблица 4), полученным с помощью статистической обработки, можно сделать вывод о том, что различия в структуре агрессии при сравнении основной и контрольной группы отсутствуют.

Степени выраженности агрессии представлены на Рисунке 1 методикой «Несуществующее животное»:

Анализ степени выраженности агрессии выявил, что подростки из основной группы имели высокий уро-

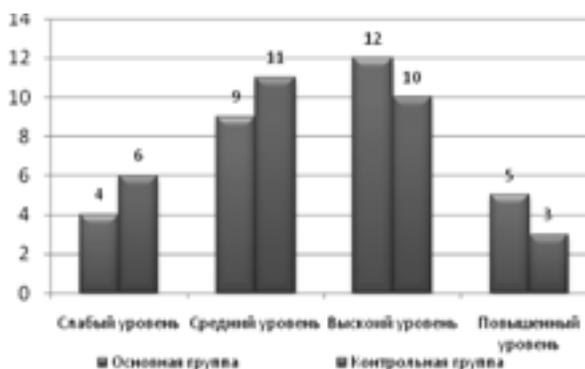


Рисунок 1 Степени выраженности агрессии, определенные проективной методикой «Несуществующее животное»

вень агрессии, а подростки без диспластических процессов имели слабый уровень агрессии.

По видам агрессии, определенных проективной методикой «Несуществующее животное» выявлены следующие результаты:

Анализ доминирующих видов агрессии в абсолютных значениях показал, что у подростков обеих групп преобладает защитная агрессия, которая определяет враждебные действия, возникающие в ответ на реальные или мнимые угрозы. Подросток пытается защититься от людей, которые имеют над ним власть или его подавляют, в чем-либо ограничивают, что-то запрещают – родители, старшие по возрасту, учителя. В окружении сверстников подросток испытывает страх быть непризнанным, стать объектом насмешек, боится, что его будут обсуждать. Защитная агрессия может активно проявляться на поведенческом уровне и трансформироваться в активную агрессию. Активная агрессия преобладает у респонден-



Рисунок 2.

Виды агрессии, определенные проективной методикой «Несуществующее животное»

тов с диспластическими нарушениями по сравнению со здоровыми подростками.

Анализ полученных результатов с помощью U-критерием Манна-Уитни позволил определить, что:

- статистически значимые отличия в формах коммуникативной агрессии и структуры агрессии у подростков с дисплазией соединительной ткани и у подростков без диспластических процессов отсутствуют;

- у подростков без дисплазии соединительной ткани показатели «индекса враждебности» выше, чем у подростков с дисплазией соединительной ткани;

- анализ доминирующих видов агрессии показал, что у подростков обеих групп преобладает защитная агрессия, которая определяет враждебные действия, возникающие в ответ на реальные или мнимые угрозы. Активная агрессия преобладает у испытуемых с диспластическими нарушениями по сравнению со здоровыми подростками;

- анализ степени выраженности агрессии выявил, что у подростков основной группы преобладает высокий уровень агрессии, а у подростков без диспластических процессов выявлен слабый уровень агрессии.

Заключение

У подростков с дисплазией соединительной ткани по сравнению со сверстниками без диспластических проявлений менее выражены такие качества как: зависть, недоверчивость, настороженность в отношении других людей, обида, подозрительность, чувство вины, индекс враждебности, но преобладает активная агрессия. У под-

ростков обеих групп из доминирующих видов агрессии преобладает защитная агрессия, которая определяет враждебные действия, возникающие в ответ на реальные или мнимые угрозы. Подростки пытаются защититься от людей, которые имеют над ним власть или их подавляют, в чем-либо ограничивают, что-то запрещают: это родители, старшие по возрасту, учителя. В окружении сверстников подростки испытывают страх быть непризнанным, стать объектом насмешек, боятся, что их будут обсуждать. Защитная агрессия может активно проявляться на поведенческом уровне и трансформироваться в активную агрессию. По степени выраженности агрессии подростки с диспластическими процессами имеют высокий уровень агрессии, чем подростки без диспластических процессов. ■

Яворская М.В., ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Владивосток, Кучеров В.А., ООО "Санаторий-курорт Краинка", Тульская область Суворовский район посёлок Рождествено. Матвеев С.В., ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург. Левченко А.С., ГАУЗ Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи, г. Владивосток, Кравцов Ю.А. ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ Россия, Владивосток, Автор, ответственный за переписку - Яворская М.В., 690002, Владивосток, пр-т Острякова 2, e-mail: mail@tgmu.ru

Литература:

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб.: Изд-во Психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. 1995; 145
2. Басс А. Психология агрессии .. Вопросы психологии. 2005; 3: 71
3. Барышникова К.А. Агрессия подростка как социально-психологическая проблема.. Психолог и вызовы современного мира, материалы VIII Международного семинара молодых ученых и аспирантов. . под ред. Н.А. Коваль. 2016; 128-131.
4. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль . Л. Берковиц. – М.: Прайм-Еврознак, 2007; 510
5. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Хаджимурадов А.В. Агрессивное поведение в структуре соматических расстройств..Современные проблемы науки и образования. 2013; 5: 619.
6. Георгиева Е.Н. Физическое развитие и психоэмоциональное состояние подростков и лиц молодого возраста с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дис., канд. мед. наук: 14.00.09. Георгиева Елена Нугзаровна. Ставрополь. 2009; 11
7. Жигалина Е.В. Агрессия в подростковом возрасте. Вестник Науки и Творчества. 2016; 2 (2): 26-29.
8. Комарова О.Н., Дидук Е.С. Проявление агрессии в подростковом возрасте .. Актуальные вопросы психологии. 2015; 11-9
9. Кравцов Ю.А., Яворская М.В. Суммарный объём гонимости как критерий дисплазии соединительной ткани в репродуктивной системе. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016; (9) 3: 373-379.
10. Музыченко Г.Ф. Проективная методика «Несуществующее животное». Изд. Речь, 2013; 83
11. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани .. Педиатрия. М., 2014; (93) 5: 11-12.
12. Приходько Е.В. Возрастные и половые особенности агрессивности подростков .. Материалы V Международной научной конференции Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины, Республика Беларусь. 2016; 3-6.
13. Резепина Д.А., Мелекесова В.Д., Литке С.Г. Агрессия подростка .. Сборник: Актуальные проблемы образования: позиция молодых Челябинский государ-

- ственный педагогический университет: Профессионально-педагогический институт. 2015; 319-322.
14. Рогатина А.А. Теоретический аспект изучения агрессии у подростков .. Сборник: Психологическое, физическое, информационное насилие и пути его преодоления в современном обществе материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Отв. редактор А.Ю. Маленова. 2015; 203-208.
15. Сидорович О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Королева И.В. Особенности развития и течения заболеваний, ассоциированных с дисплазией соединительной ткани, у детей пубертатного возраста .. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; (7) 1: 123-126.
16. Юрасова Я. Е. Поведенческие проявления подростковой агрессии.. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2016; 3: 54
17. Grahame R., Bird H.A., Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *J Rheumatol.* 2000; 27:1777–1779.