

Враждебность в клинической и криминальной психологии

С. Н. Ениколопов

Долгие годы враждебность не отделялась (ни понятийно, ни операционально) от агрессивного поведения, в связи с чем ее самостоятельное изучение не представлялось возможным. Широко трактуемое и мало дифференцированное понимание агрессии и агрессивности длительное время господствовало в психологии. Лишь в последние десятилетия в центре внимания исследователей оказались такие понятия как гнев, враждебность, аутоагрессия [6].

Ряд исследователей, рассматривающих проблему враждебности, указывают на ее связь с такими когнитивными процессами как восприятие, внимание, мышление, память.

К.Т. Larkin и др. исследовали влияние враждебности на восприятие эмоций, а именно на точность расшифровки выражений лица, получив значимую корреляцию между высоким уровнем враждебности и большим числом ошибок при расшифровке эмоций. Враждебно настроенные испытуемые, в отличие от невраждебных, чаще маркировали «отвращение» как «гнев», а «счастье» как «нейтральное» выражение лица.

При этом у мужчин корреляция между враждебностью и трудностями расшифровки эмоций выше, чем у женщин [49].

В ряде работ отмечается влияние враждебного отношения к людям на чрезмерную избирательность восприятия (особенно в процессе социальной перцепции) [5; 59]. Т.В. Smith et al. выявили влияние враждебности на восприятие конфликтной ситуации в супружеской паре. Враждебные люди придавали конфликтной ситуации большее значение, чем невраждебные. При этом отмечалась взаимосвязь враждебности с гневом и беспокойством [59].

Интенсивное развитие психологии и медицины обуславливает возникновение новых объяснительных принципов в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе хронических соматических и психических болезней. В последние годы среди таких факторов все чаще упоминается враждебность [5; 65; 67]. Исследования враждебности в психологии и медицине приобрели большое самостоятельное значение благодаря обнаружению ее связи с



Сергей Николаевич Ениколопов

Заведующий отделом клинической психологии Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук.

Доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

сердечно-сосудистой патологией [25; 67]. Было показано, что враждебность является предиктором болезней сердца, а не просто сопутствующей характеристикой. Дальнейшие исследования выявили ее связь с тяжестью течения аллергических, онкологических, вирусных [44], психосоматических [20]; психических заболеваний [28; 29; 56; 60], расстройств личности, а также ранней смертностью [44; 59]. Таким образом, есть основания рассматривать враждебность в числе психологических факторов риска психосоматических и психических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии.

Понятие враждебности

Следует отметить, что само понятие «враждебность» трактуется различными авторами по-разному. В ранних исследованиях враждебность выступала синонимом таких понятий как «агрессия», «агрессивность», «гнев», «цинизм». А. Басс [31] попытался развести эти понятия: враждебность соответствует когнитивному компоненту психики, тогда как гнев и агрессия являются эмоциональными и поведенческими компонентами. Barefoot [27] же понимал враждебность как «оппозиционное отношение к людям, включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты» и рассматривал враждебность как сложное образование, включающее в себя гнев и агрессию в качестве поведенческих и эмоциональных коррелятов враждебности, которые выступают ее внешними индикаторами. Smith [65] определяет враждебность как комплекс негативных отношений, убеждений и оценок, применяемых к другим людям. В.Н. Мясисев отмечает, что враждебность формируется в процессе взаимодействия с ее объектом и затем задает пристрастность восприятия новых объектов [15; 16]. Таким образом, проявление враждебности В.Н. Мясисев относит к эмоциональным отношениям. А.В. Охматовская и С.Н. Ениколопов определяют враждебность как негативное отношение к каким-либо объектам [20; 5; 6]. Поскольку система отношений человека представляет способ реконструкции в индивидуальном сознании модели или «картины» окружающей

действительности, то нам представляется целесообразным рассматривать понятие «враждебность» в рамках представлений о картине мира [1; 14; 21; 22; 30; 38; 46; 47; 48; 54; 55].

Взаимосвязь враждебности с соматическими заболеваниями

В последние годы вновь получает широкое признание психосоматическая гипотеза о том, что хронические гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных соматических заболеваний [20]. В исследовании Graves et al. [44] была обнаружена связь враждебности с общей ранней смертностью, а также с тяжестью протекания рака. Наибольший исследовательский интерес в данной области всегда вызывали болезни сердечно-сосудистой системы.

Традиционно считалось, что враждебные люди чаще болеют ишемической болезнью сердца, чем невраждебные. На протяжении 70–80-х годов было проведено большое количество исследований в этой области. Так были получены данные, подтверждающие связь враждебности с тяжестью ИБС [5; 33; 39; 56; 65]. В то же время, отдельные авторы отрицают зависимость протекания сердечно-сосудистых заболеваний от уровня враждебности [5].

Другим крупным направлением психосоматических исследований враждебности являются работы, пос-

нальность оспаривается в ряде психоаналитически ориентированных исследований, придерживающихся гипотезы о дефиците экспрессивного эмоционального поведения больных бронхиальной астмой, а также гипотезы подавления агрессии [20]. Предполагается, что сдерживаемая агрессия, адресованная внешним объектам, обращается вовнутрь, вызывая «вегетативную ажитацию» и создавая тем самым предпосылки для возникновения приступа удушья.

Очевидная связь между враждебностью и различными соматическими заболеваниями обуславливает необходимость выявления механизмов этой связи. В настоящее время существует несколько гипотетических моделей, так или иначе объясняющих характер взаимодействия психологических факторов с патологическими соматическими процессами.

В соответствии с **моделью психофизиологической реактивности**, предложенной Williams, Barefoot et al. [67], ведущую роль в этиологии соматических заболеваний играет эндокринная система, функционирование которой может зависеть от психологических особенностей. Можно отметить ряд специфических характеристик психофизиологического реагирования, свойственных враждебным людям: более интенсивные и длительные в сравнении с общей популяцией реакции на фрустрирующие или стрессогенные воздействия (повышение артериального давления, ускорение сердечного

Широко трактуемое и мало дифференцированное понятие агрессии и агрессивности длительное время господствовало в психологии. Лишь в последние десятилетия в центре внимания исследователей оказались такие понятия, как гнев, враждебность, аутоагрессия

выявленные проблеме бронхиальной астмы. По данным ряда исследований, обобщенных в обзоре Lehrer et al. [52], делается заключение о том, что суммарно астматики выражают и переживают больше негативных эмоций по сравнению со здоровыми субъектами. Однако эта характерная для больных бронхиальной астмой повышенная негативная эмоцио-

ритма, изменение уровня содержания в крови некоторых гормонов).

Применительно к враждебности данная модель может иметь несколько приложений. Так, влияние враждебности на физическое здоровье может быть опосредовано эмоцией гнева, переживание которой сопровождается повышенной секрецией адреналина и кортизола, что является одним из

основных патогенных факторов ИБС [27]. Однако, враждебность не всегда характеризуется частым переживанием гнева, в связи с чем возможно ее влияние на физиологические процессы иным образом, без посредничества эмоций. Williams et al. [67] обнаружили, что свойственное враждебным

психофизиологических реакций. Например, уже упомянутая повышенная конфликтность. А с другой, транзактная модель позволяет проследить, каким образом внутренние психологические особенности субъекта обуславливают формирование негативного психосоциального профиля.

В последние годы вновь получает широкое признание психосоматическая гипотеза о том, что хронические гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных соматических заболеваний

субъектам хроническое состояние бдительности (поиск и регистрация источников опасности) характеризуется повышенным содержанием в плазме крови тестостерона. Патогенная роль этого гормона в этиологии сердечных заболеваний, в частности атеросклероза, была показана в ряде исследований [20].

Приверженцы модели **психосоциальной уязвимости** делают акцент на различных психосоциальных факторах, повышающих риск соматических заболеваний [25]. И хотя во многих исследованиях статистически подтверждается наличие значимых взаимодействий между ними и физическим здоровьем, механизмы снижения устойчивости организма под влиянием психосоциальных явлений не объясняются в рамках данной модели. Речь идет о высоком уровне конфликтности, сниженной социальной поддержке и большом количестве негативных, травмирующих событий. Такой психосоциальный профиль делает враждебных людей более уязвимыми в отношении соматических заболеваний. Использование данной модели для изучения роли враждебности в этиологии и патогенезе соматических заболеваний имеет одно серьезное ограничение. Дело в том, что выявление психосоциальных характеристик, однозначно соответствующих враждебности, является весьма затруднительным. Так, например, перечисленные выше особенности не позволяют выделить враждебность от невротизма.

Транзактная модель является синтезом двух предыдущих. С одной стороны, в рамках данной модели описываются явления социальной жизни субъекта, вредные с точки зрения его

Так, согласно этой модели (в отличие от модели психофизиологической реактивности), враждебные люди не просто более интенсивно реагируют на стрессовые ситуации, а, скорее, сами провоцируют и создают такие ситуации посредством специфической системы убеждений и соответствующего ей поведения [5]. В результате увеличиваются частота, длительность и интенсивность эпизодов физиологического реагирования. Здесь играют роль такие характеристики, как цинизм, недоверие, подозрительность, негативизм.

Исследования, проводимые в рамках **модели здорового образа жизни**, направлены на выявление психологических особенностей коррелирующих с вредными привычками и другими поведенческими факторами, напрямую ухудшающими физическое здоровье. Результаты этих исследований весьма интересны, хотя носят преимущественно описательный характер. Leiger & Hailey [53] полагают, что враждебные люди попадают в группу риска соматических заболеваний отчасти из-за нездорового образа жизни. Авторы отмечают, что враждебные субъекты чаще употребляют алкоголь (в том числе за рулем), курят, хуже заботятся о собственном здоровье (имеется в виду посещение врачей, режим сна, питания), а также реже занимаются спортом. Аналогичные результаты были получены в ряде других исследований [20].

Согласно **модели конституциональной уязвимости**, существует предрасположенность к различного рода соматическим заболеваниям, связанная с определенными особенностями конституции. Эти же особенности обуславливают и формирование

определенных психологических характеристик. Согласно данной модели, существует корреляция между отдельными психологическими особенностями и заболеваемостью [44]. Krantz & Durel [50] также пытаются найти причину враждебности и соматических болезней в особенностях функционирования нейроэндокринной системы, которые могут быть обусловлены, в том числе, генетическими факторами.

А.В. Охматовская [20], исследуя враждебность у больных бронхиальной астмой выявила, что:

а) больные бронхиальной астмой более враждебны, чем здоровые люди;

б) качественно враждебность у больных бронхиальной астмой носит характер подозрительности, настороженности, «паранойальности». Эти особенности проявляются не только в значениях тестовых показателей, но также в поведении пациентов;

в) система отношений больных бронхиальной астмой к объектам внешнего мира характеризуется противоречивостью, амбивалентностью. Отношения в значительной степени дифференцированы, при этом негативные качества объектов окружающего мира дифференцируются большими лучше, чем позитивные;

г) враждебность у данной группы больных стабильна во времени и не зависит от динамики течения заболевания.

Враждебность и психические заболевания

Исследования связи между враждебностью и психическими заболеваниями составляют самостоятельное направление в клинической практике. Следует отметить, что данное направление исследований враждебности является наименее разработанным [33; 67]. Исследования в этой области клинической психологии носят разрозненный характер и не рассматривают всего многообразия психопатологических расстройств. Кроме этого, основная часть исследований враждебности при психических расстройствах затрагивает изучение лишь частных аспектов и симптомов болезни, не рассматривая влияние враждебности на этиологию и патогенез психического заболевания.

Враждебность и шизофрения

Ряд авторов подчеркивают взаимосвязь враждебности с шизофренией [29; 41]. Так, Bartels et al. выявили различные компоненты враждебности среди больных шизофренией: около половины из них обнаружили так называемую характерологическую враждебность, как правило, проявляющуюся в поведении в виде негативизма, раздражительности, вербальной и физической агрессии [20]. Хотя высокая враждебность является довольно распространенным явлением при шизофрении, отдельные авторы считают, что она не зависит от психотического процесса [5].

Наиболее яркие проявления враждебности можно наблюдать при паранойяльной форме шизофрении. Показатели враждебности коррелируют с тяжестью паранойяльной симптоматики, а рассмотрение враждебности в рамках развития паранойяльного процесса приводит к выводу о том, что враждебное отношение, вербализованная враждебность, обвинения в адрес окружающих и, наконец, идеи преследования и воздействия имеют общую основу и являются последовательными стадиями развития болезни.

Ching-Yen Chen et al. отмечают корреляцию между уровнем враждебности и паническими атаками при хронической шизофрении. Больные шизофренией, у которых отмечались панические атаки, демонстрировали более высокие показатели враждебности и вспышки гнева [32]. Free, Winget, Whitman [41] также выявили высокие значения экстрапунитивной враждебности у больных с паническими атаками. Враждебность у этих больных, по мнению авторов, направлена на окружающих, но при этом скрыта и проявляется косвенно, например в сновидениях.

Авторы перечисленных выше исследований подчеркивают взаимосвязь враждебности и такого психического заболевания как шизофрения, но не раскрывают механизмы влияния враждебности на этиологию и патогенез данного заболевания.

Враждебность и депрессия

На вопрос о связи враждебности и депрессии большинство исследователей, за редким исключением [70] отвечают положительно. Впервые эта

проблема была рассмотрена в рамках психодинамического подхода. Согласно З. Фрейду, враждебность и негативные эмоции, возникающие в отношении утраченного объекта любви, обращаются на себя посредством механизма интроекции, что и является основной причиной как депрессии, так и аутоагрессии (суицида).

В начале 60-х годов было предложено различать враждебность, направленную во вне, и враждебность, направленную на себя — экстра- и интропунитивность соответственно. В рамках психоаналитического подхода депрессия связывалась с интропунитивной враждебностью. Данное предположение подтверждается рядом исследований. Было показано, что при депрессии показатели интропунитивной враждебности значительно превышают норму и доминируют над показателями экстрапунитивности.

По данным клинических наблюдений [3; 63; 67; 68], депрессивные больные раздражительны, обидчивы, нередко вербально агрессивны, что явно свидетельствует об экстрапунитивной враждебности. К аналогичному выводу приходят Wessman et al. [68], Williams [67]. Наконец, в ряде исследований была обнаружена связь депрессии с обоими типами враждебности [5].

Противоречивы также результаты исследований половых различий в рамках проблемы депрессии и враждебности. В работах Fava et al. [39, 40] показано, что показатели враждебности в группе депрессивных больных у мужчин значительно выше, чем у женщин, из чего авторы делают вывод о том, что депрессивные мужчины в большей степени склонны к патологической агрессии и так называемому «враждебному поведению». В то же время Moreno et al. получили противоположный результат [61].

Кроме того, как отмечают Riley et al. [5], в большинстве исследований данной области проводилось сравнение группы депрессивных больных со здоровыми испытуемыми, в то время как представляется целесообразным сравнение между различными клиническими группами (как это было сделано, например, в исследовании Blackburn [29]). Определенную специфику имеет враждебность в структуре депрессивных расстройств.

Более сложным остается вопрос о «направленности» враждебности у депрессивных больных. Согласно распространенному убеждению, у депрессивных больных она направлена в первую очередь на себя, что выражается в идеях самообвинения, самоуничтожения [28, 29, 56]. Враждебным отношением к себе некоторые из указанных авторов объясняют и суицидальные тенденции при депрессии, рассматривая их как аутоагрессию. В рамках такого подхода предполагается, что враждебность в отношении других людей для депрессивных больных не характерна. Эта проблема была впервые рассмотрена в рамках психоанализа, где враждебность по отношению к самому себе объяснялась посредством механизма интроекции так называемой «внешней враждебности».

По всей видимости, при депрессии сложным образом переплетаются враждебность в отношении собственного «Я», других людей, а также генерализованная имперсональная враждебность в виде ощущения несправедливости, недоброжелательности окружающего мира, негативной оценки субъективного будущего.

Враждебность и тревожные расстройства

Многие исследователи отмечают, что существует взаимосвязь между враждебностью и тревожно-фобическими расстройствами. При тревожно-фобических расстройствах показатель враждебности значимо выше по сравнению с нормой [38]. Так Fava и соавт. [39] в своем исследовании показали, что высокая враждебность и раздражительность являются характерными симптомами панического расстройства с агорафобией и могут быть устранены посредством психотерапии.

Как в случае изучения враждебности при депрессии, в исследованиях тревожно-фобических расстройств возникает проблема направленности враждебности. По мнению Angermeyer [26], для тревожных больных характерна интропунитивная враждебность преимущественно в форме чувства вины, и недостаток экстрапунитивных реакций, что сближает данную группу больных с депрессивными. Аналогичной точки зрения придерживаются Dadds et al. [34]. Данные авторы показали,

что враждебность, направленная на себя, является не только характерной чертой тревожных больных, но и позволяет проводить более тонкую диагностику внутри данной клинической группы. В проведенном Dadds и др. исследовании были обследованы три группы больных: с паническим расстройством, агорафобией и социофобией. У них обнаружены значимые различия по интропунитивной враждебности. Авторы предлагают использовать данный показатель в качестве диагностического критерия тревожно-фобических расстройств [34].

Таким образом, враждебность можно рассматривать как психологический фактор риска различных психических заболеваний. Остановимся более подробно на исследовании взаимосвязи враждебности и шизофрении.

Для объяснения их взаимосвязи мы опираемся на биопсихосоциальную модель этиопатогенеза шизофрении, которая активно разрабатывается в клинических исследованиях [12]. В рамках системного подхода к этиопатогенезу шизофрении в качестве исходного принимается представление о том, что развитие шизофренического процесса определяется цепочкой факторов «уязвимости – диатеза – стресса». Согласно биопсихосоциальной модели, биологическая уязвимость выступает в роли скрытого (клинически не выявляемого) основного фактора риска шизофрении, а психопатологический диатез есть явление более высокого порядка, которое проявляется в виде клинических признаков риска шизофрении, т.е. создает внешние выражения активизации ранее скрытых механизмов уязвимости.

При этом между уязвимостью и диатезом существует «барьер уязвимости», нарушение которого сопровождается развитием психопатологического диатеза; но для того чтобы это произошло, интенсивность стрессовых факторов должна превысить «порог уязвимости». Точно так же между диатезом и болезнью существует «барьер диатеза» (адаптационный барьер), нарушение которого сопровождается переходом от клиники диатеза к клинике манифестного заболевания; при этом общая интенсивность стрессовых воздействий должна превысить «порог диатеза».

При этом, для манифестации шизофрении требуется констелляция как внутренних (индивидуальных), так и внешних факторов.

Дальнейшее развитие представлений об уязвимости связано с именем J. Zubin и B. Spring [71]. По мнению этих авторов, реализация генетической уязвимости происходит лишь в случае преодоления агентом среды порога уязвимости. Позднее I. Gottesman и J.A. Shields выделили в явлении уязвимости варианты – генетическую уязвимость к заболеванию и уязвимость к факторам окружающей среды [43]. Генетическая уязвимость к шизофрении обуславливает развитие именно шизофрении, а уязвимость к факторам внешней среды – повышенную ранимость по отношению к разного рода стрессовым воздействиям.

В настоящее время одной из важных задач клинической психологии (прежде всего, патопсихологии) является поиск психологических маркеров индивидуальной уязвимости при шизофрении. Многочисленные клинические исследования показали, что об уязвимости косвенно могут свидетельствовать различные маркеры:

- наследственная отягощенность шизофренией [17];
- соматическая конституция индивидуума (среди больных шизофренией преобладает лептосомное телосложение [2, 10]);
- нейроанатомические аномалии [57];
- эндокринная недостаточность [11];
- нарушение плавных движений глаз [35; 62; 64];
- МРТ-признаки: уменьшение плотности нейронов в области гиппокампа [36], увеличение ширины переднего рога боковых желудочков в области хвостатого ядра [19];
- электрофизиологические изменения: латерализация церебральной дисфункции [66], гиперсинхронизация дельта- и тета-активности [9], асимметрия кожной проводимости при повышении чувствительности кожи к болевым стимулам [35];
- атипичная физиологическая реактивность в виде снижения толерантности к стрессовым воздействиям [58];
- нарушение подвижности психичес-

ких процессов [41];

- различные расстройства когнитивной сферы [4; 23];
- снижение уровня и устойчивости внимания [12];
- снижение интеллектуальной работоспособности и нарушения мышления [8, 12];
- недостаточность переработки информации [62];
- расстройства перцептивно-когнитивной сферы [13, 42];
- искажение самоидентификации и самооценки [12, 25];
- расстройства социальной поведения и снижение адаптации [11, 23, 42].

Исследования психологической структуры, специфики и динамики враждебности у больных шизофренией, проводимые в НЦПЗ РАМН (С.О. Кузнецова), показали, что у больных шизофренией отмечается высокий уровень враждебности, по сравнению с нормой. При этом враждебность является устойчивой характеристикой и не зависит от длительности заболевания. Наличие у больных категоричности мышления, наивного оптимизма, личностно-суеверного мышления, веры в справедливость и закономерность окружающего мира приводит к трудностям поведенческого и эмоционального совладания со стрессовыми воздействиями социальной среды, что в свою очередь приводит к повышению личностной уязвимости больных и развитию психического заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии враждебности на когнитивную, аффективную и личностную сферу индивидуума.

Враждебность и асоциальное поведение

Результаты многочисленных исследований подтверждают роль враждебности в развитии и протекании криминального и девиантного поведения. Враждебность является предпосылкой роста прямых и косвенных форм агрессивного поведения

К. Додж изучал отношения между паттернами внимания и последующей интерпретацией, осуществляемой детьми. Он обнаружил, что внимание к враждебным сигналам коррелирует со склонностью приписывать враждебные намерения личности-стимулу

и демонстрировать агрессивные поведенческие реакции [37].

Таким образом, и агрессивные, и депрессивные дети демонстрируют пристрастность при восприятии информации. Агрессивные дети оказывают избирательно внимательны к

один и тот же эффект, который был назван «враждебным стилем атрибуции». Эта особенность стиля переработки информации была выявлена у отвергаемых агрессивных школьников и школьниц, а также у агрессивных подростков, отбываю-

мость разработки и совершенствования психодиагностических методов, которые позволят производить точную и дифференцированную оценку враждебности, а также эффективных методов ее психотерапии.

Враждебность играет важную роль в преступлениях ненависти (hate crime). Хотя сам термин впервые появился лишь в 1985 году? преступления по мотивам расовой, национальной, религиозной ненависти или вражды были всегда

враждебным актам в свой адрес (что приводит к приписыванию враждебных намерений и ответной агрессии). Депрессивные дети внимательны к неудачам, потерям, негативным замечаниям (ведущим к самокопанию, аутоагрессии и другим депрессивным симптомам).

Агрессивные подростки систематически демонстрируют избирательную сензитивность к враждебным сигналам. Испытуемые направляют свое внимание на враждебные социальные сигналы и с трудом переключают с них внимание. Этот паттерн гипербдительности к враждебным сигналам может выполнять защитную функцию. Но также повышает вероятность того, что они будут интерпретировать стимулы как враждебные и в ответ реагировать агрессивно.

Исследования агрессивных подростков, в первую очередь, были направлены на изучение реакции на возможные провокации. Как предполагал С. Фишбах, агрессивная реакция значительно более вероятна, когда провокатору приписывают враждебные намерения, чем когда тот же человек приписывает провокатору добрые намерения. К. Додж [37] обнаружил, что агрессивные реакции имеют место в 0,70 случаев враждебной атрибуции, против 0,25 случаев невраждебной атрибуции. Он также показал, что в случае неоднозначности намерений провокатора, агрессивные дети на 0,50 вероятнее предполагают враждебные намерения, чем неагрессивные дети, что объясняет тенденцию некоторых из них (но не всех) вести себя агрессивно.

По меньшей мере в 26 независимых исследованиях у хронически агрессивных детей был обнаружен

ших тюремное заключение [37].

Враждебность играет важную роль в преступлениях ненависти (hate crime). Хотя сам термин впервые появился лишь в 1985 году? преступления по мотивам расовой, национальной, религиозной ненависти или вражды были всегда. Однако в настоящее время этот вид преступности в большинстве развитых стран мира приобрел статус важной социальной проблемы. Это связано с ростом стигматизации, ксенофобии и предубежденности, являющихся негативными последствиями глобализации. Правонарушения на почве предубежденности резко возрастают даже в традиционно демократических и толерантных странах. Дж. Джейкоб и К. Поттер подчеркивают, что преступления ненависти — прежде всего преступления, порожаемые предубеждением по отношению к лицам другой расы, нации, цвета кожи, религии, сексуальной ориентации и т. п. Это преступления, мотивированные предубеждением [45].

Г. Олпорт полагал, что предубежденность — это смещенная враждебность [18]. Он считал, что предубежденность происходит из двух причин. Первая из них — враждебность как общий фактор, связанный с активацией, аффектом и познанием. Поведенческое проявление враждебности направлено на определенные цели и приводит ко второй причине предубежденности — ошибочным обобщениям. Несмотря на то, что эти идеи были высказаны более полувека назад, экспериментальной проверке они подвергнуты не были.

Среди направлений дальнейших психологических исследований враждебности следует отметить необходи-

Литература

1. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики // Москва: Наука; Смысл, 1999
2. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. Конституция и психозы // Журнал невропатологии и психиатрии, 1973. Вып. 1. С. 140–148
3. Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация) // Автореф. на соиск. уч. степени канд. мед. наук. М., 2005
4. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993 — 236 с.
5. Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. № 7, 2000. С. 59–64
6. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии. Прикладная психология. № 1, 2001, С. 60–72
7. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений. Вопросы психологии. 2007, 1, 148–158
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Москва, издательский центр «Академия», 2000, С. 208
9. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Электрофизиологические корреляты психических нарушений шизофренического спектра в раннем детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии, 1999, Вып. 3, с. 37–40
10. Корнетов Н.А. Соматическая половая дифференциация больных шизофренией по некоторым антропометрическим показателям // Журнал невропатологии и психиатрии, 1989, Вып. 5, с. 97–102
11. Корнетов Н.А. Взаимоотношения основных форм течения шизофрении с морфофенотипом конституции больных // Журнал невропатологии и психиатрии
12. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002, № 9, С. 59–68
13. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // SvR-Аргус, 1995.1991, Вып.7, с. 104–108
14. Коцюбинский А.П. с соавт. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб., Гиппократ+, 2004, — 336 с.

15. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание // М., 1992
16. Леонтьев А.Н. Образ мира. // Избранные психологические произведения. Москва: Педагогика. 1983, том 2, 251–261
17. Мясисев В.Н. Психология отношений. Под ред. А. А. Бодалева // Москва: Воронеж, 1995
18. Мясисев В. Н. Сознание как единство отражения действительности и отношения к ней человека // Проблемы сознания: материалы симпозиума. Москва, 1966, С. 126–132
19. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных // Социальная и клиническая психиатрия, 1998. – № 2, С. 5–11
20. Олпорт Г. Становление личности (Избранные труды). М.:Смысл, 2002, – 462 с.
21. Орлова В.А., Савина Т.Д., Трубников В.И. Структурные особенности мозга (по данным МРТ) и их функциональные связи в семьях больных шизофренией // Российск. психиатр. журнал 1998, Вып. 6, С. 48–56
22. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма) // Дис. на соиск. учен. степени канд. псих. наук, М., 2001
23. Петренко В.Ф. Основы психосемантики // Смоленск: Изд-во СГУ, 1997
24. Петухов В.В. Образ мира и психологическое изучение мышления. // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 1984, № 4, С. 13–20
25. Розум С.И. Категория значения, процесс коммуникации и когнитивные нарушения при шизофрении // Обзор. психиат. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1998. № 1, С. 9–12
26. Angermeyer M. C. Z Psychosom Med Psychoanal 1981; 27: 2: 133–142
27. Barefoot J. C. Developments in the measurement of hostility // Hostility, coping and health. Под ред. Н. S. Friedman. Washington, DC: American Psychological Association. 1992
28. Biaggio M. K., Godwin W. H. Relation of depression to anger and hostility constructs // Psychological Reports. 1987, vol. 61, 87–90
29. Blackburn I. M. The pattern of hostility in affective illness // British Journal of Psychiatry. 1974, vol. 125, 141–145
30. Bowlby J. Attachment and loss (vol. 1): Attachment // London: Hogarth, 1969
31. Buss A. H. The psychology of aggression // New York: Willey, 1961
32. Ching-Yen Chen, Chia-Yin Liu, and Yong-Yi Yang. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia // Psychiatry and Clinical Neurosciences (2001), 55, 383– 387
33. Costa P.T., Zonderman A.B., McCrae R.R., Williams R.B. Psychosom Med 1986; 48: 3– 4: 283–285
34. Dadds M.R., Gaffney L.R., Kenardy J. et al. J Psychiat Res 1993; 27: 1: 17–26
35. Dawson M.E. Psychophysiological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders // Schizophr. Bul. - 1984.-Vol.10.-P. 204–232
36. Deicken R.F., Zhou L., Shuff N. Hippocampal neuronal dysfunction in schizophrenia as measured by proton magnetic resonance spectroscopy // Biol. Psychiatry. – 1998. – Vol.43.- P.483–488
37. Dodge K.A. Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression // Annual Review of Psychology, 1993, 44, 559–584
38. Epstein S. The self-concept revised, or a theory of a theory // American Psychologist. 1973, vol. 28, 404–416
39. Fava G.A., Fava M., Kellner R. et al. Psychother Psychosom 1981; 36: 2: 122–128
40. Fava G.A., Kellner R., Munari F. et al. J Nerv Ment Dis 1982; 170: 474–478
41. Free N.K., Winget C.N., Whitman R.M. Am J Psychiat 1993; 150: 4: 595–599
42. Goldstein M.J. Psychosocial Issues // Schizophrenia Bul. 1987, Vol.13, P. 157–173
43. Gottesman I.I. Schizophrenia: The Epigenetic Puzzle. Ch. 3-7 // N.Y., Cambridge: University Press, 1982, P. 37–148
44. Graves P. L. & Thomas C. B. Themes of interaction in medical student's Rorschach responses as predictors of midlife health or disease. Psychosomatic Medicine 1981; 43: 215–226
45. Jacobs, J., Potter, K. Hate Crimes. Criminal Law and Identity Politics. Oxford University Press, 1998
46. Janoff-Bulman R Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Application of the schema construct // Social Cognition. 1989, vol. 7, 113–136
47. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma // New York: The free press, 1992
48. Kelly G. A. The Psychology of Personal Constructs // New York: Norton, 1955.
49. Kevin T. Larkin, Ronald R. Martin, and Susan E. McClain. Cynical Hostility and the Accuracy of Decoding Facial Expressions of Emotions // Journal of Behavioral Medicine, Vol. 25, No 3, 2002.
50. Krantz D. S., Durel L. A. Psychobiological substrates of the Type A behavioral pattern. Health Psychology 1983; 2: 393–411
51. Lehman F.L. Vocational rehabilitation in schizophrenia // Schiphr. Bull. – 1995.- Vol.21. – P.652–654
52. Lehrper M., Isenberg S., Hochron S. M. Asthma and emotion: a review. J Asthma 1993; 30(1): 5–21
53. Leiker M., Hailey B. J. A link between hostility and disease: Poor health habits? Behavioral medicine 1988; 3: 129–133
54. Markus H. Self-schemata and processing information about the self // Journal of Personality and Social Psychology. 1977, vol. 35, 63–78
55. Marris P. Loss and change // Garden City, NY: Anchor/Doubleday, 1975
56. Mayo P.R. Br J Soc Clin Psychol 1967; 6: 63–68. 57. Mellett P. J Psychosom Res 1978; 22: 4: 239–246
57. McGlashan T.H. Early Defection and Intervention With Schizophrenia: Rationale // Schizophr. Bull. - 1996. – Vol.22.- P.201–222
58. Mednick S.A. Breakdown in individuals at high risk for schizophrenia: possible predispositional perinatal factors // Ment. Hyg.- 1970.- Vol.54. – P. 50–63
59. Meehl P.E. Shizotaxia, shizotypy, schizophrenia // American Psychologist. – 1962.- Vol.17.- P.827–837
60. Moore T. W., Paolillo J. G. Depression: Influence of hopelessness, locus of control, hostility, and length of treatment // Psychological Reports. 1984, vol. 54, 875–881.
61. Moreno J. K., Selby M.J., Fuhrman A., Laver G. D. Hostility in depression. Psychol Rep 1994; Dec 75:3 Pt 1 1391–401
62. Nuechterlein K.H., Dawson M.E., Ventura J. The vulnerability stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study // Acta Psychiatr. Scandinavica.- 1994. - №382. – P.58–64
63. Schless A. P., Mendels J., Kipperman A., Cochrane C. Depression and hostility // Journal of Nervous and Mental Disease. 1974, vol. 159, 91–100
64. Siever L. Biological markers studies in schizotypal personality disorders // Schizophr. Bul. - 1985.-Vol.11 -P. 564–575
65. Smith T. W. Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis // Health psychology. 1992, vol. 11, 139–150
66. Wheite C., Farley J., Charles P. Chronic schizophrenic disorder. 2. Reaction time, social performance and arousal. // Brit. J. Psychiat. – 1987.- №150. - P.374–379
67. Williams R. B. Jr., Barefoot J. C., Shekelle R. B. The health consequences of hostility // Anger and Hostility in cardiovascular and behavioral disorders. Под ред. М. А. Chesney, R. H. Rosenman. Washington, DC: Hemisphere 1985
68. Wessman A. E., Ricks D. F., Tyl M. M. Characteristics and Concomitants of mood frustration in college woman // Journal of Abnormal and Social Psychology. 1960, vol. 60, 117–126
69. Wood J. M., Nezworski, M. T. Stejskal, W. J. The Comprehensive System for the Rorschach: A Critical examination // Psychological Science. 1996, vol. 7(1), 3–13
70. Yesavage J. A. Direct and indirect hostility and self-destructive behavior by hospitalized depressives // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983, vol. 68, 345–350
71. Zubin J., Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol.-1977. – Vol. 86 – P.103–126