

## Механизмы агрессии у женщин, отбывающих наказание в исправительном учреждении

Шаклеин К.Н.<sup>1</sup>, Барденштейн Л.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва,

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

**Резюме.** В работе на основе исследования 435 женщин с агрессивным поведением, отбывающих наказание в исправительном учреждении, были выявлены основные механизмы агрессивного поведения. Результаты исследования показали, что механизм реализации агрессии определяется, в наибольшей степени клинико-психопатологическими характеристиками, которые чаще всего играют роль стержневого фактора. При этом в условиях отбывания наказания важную роль приобретают личностные, социальные факторы и факторы, связанные с условиями лишения свободы, роль которых в механизме агрессивного поведения: диспозиционная, предрасположенная, катализирующая, блокирующая, провоцирующая.

**Ключевые слова:** механизмы агрессивного поведения, факторы, провоцирующие агрессию, блокирующие агрессию, диспозиционные, предрасположенные факторы.

### Mechanisms of aggression in women serving a sentence in a correctional facility

Shaklein K.N.<sup>1</sup> Bardenshteyn L.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>V. Serbsky Federal Medical Reserch Centre for Psychiatry and Narcology, 119991, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, 127473, Moscow, Russian Federation

**Summary.** In the work based on the study of 435 women with aggressive behavior, who is serving a sentence in a correctional facility, was to identify the basic mechanisms of aggressive behavior. The results of the study showed that the implementation mechanism of aggression is defined, to the greatest extent of clinical-psychopathological characteristics, which often play the role of a pivotal factor. In the context of the sentence the important role of personal, social factors and factors related to conditions of imprisonment, whose role in the mechanism of aggressive behavior: dispositional, predispositional catalyzing blocking provoking.

**Key words:** mechanisms of aggressive behavior, the factors that provoke aggression, blocking aggression, dispositional, predispositioning factors.

Понятие «механизм агрессивного поведения» или «механизм агрессии» достаточно широкое и включает в себя не только содержательную часть, т.е. причины, по которым совершаются агрессивные поступки, но и параметры, способствующие совершению агрессии, способ ее реализации, роль ситуативных и личностных факторов [1,2,3,4,6,7].

В тоже время, без понимания механизмов агрессии, невозможно прогнозировать вероятность совершения агрессивных действий, поскольку для подобных прогнозов необходимо понимать причины совершения агрессии, знать способ ее реализации, роль среды, ситуации, личностных особенностей, облегчающих или тормозящих агрессивные действия. В клинической практике описываются механизмы агрессивных действий, совершенные психически больными людьми с тяжелой формой патологии, при которой подобные действия реализуются по мотивам болезненного характера: императивно-бредовому типу, по типу бредовой защиты [5,8,9,10]. В судебно-психиатрической практике рассматриваются механизмы агрессии, обусловленные, как психопатологическими причинами, так и личностными особенностями подэкспертных, но агрессивные дей-

ствия таких лиц совершаются в условиях обычной повседневной жизни [2,3]. Механизмы агрессии у женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях, остаются практически неизученными.

Учитывая сказанное выше, целью настоящего исследования являлось определение наиболее часто встречающихся механизмов агрессии у женщин, отбывающих наказание в исправительном учреждении.

#### Материал и методы

Для определения механизмов реализации агрессии было обследовано 435 женщин с гетероагрессивным поведением, отбывающих наказание в исправительном учреждении УФСИН России. В ходе работы использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и социологический методы. Для психологического обследования использовалась шкала оценки выраженности агрессивности, как свойства личности по Розенцвейгу. Для определения наличия и характера свойств личности, тормозящих агрессию, использовался метод Р. Кеттелла. Для определения адаптированно-

сти исследуемых женщин была использована шкала социально-психологической адаптированности (СПА), разработанная Роджерсом К. и Даймонд Р. (1954) и адаптированная Снегиревой Т. В.

Все используемые методы применялись после получения добровольного согласия осужденной. В соответствии с требованиями ст. 21 главы 2 Конституции Российской Федерации и ст. 29 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1. В соответствии с законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (в ред. Федерального закона от 10. 01. 2003 г. № 15-ФЗ, от 29. 06. 2004 г. №58-ФЗ) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Согласно ведомственным нормативно-правовым актам (Приказ Минюста и Минздравсоцразвития РФ №640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказания в местах лишения свободы и заключенным под стражу» от 17 октября 2005 г.).

### Результаты и обсуждение

Как показали результаты исследования, выделение механизмов агрессии у женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии, представляется особенно сложным, поскольку скопление лиц с криминальным поведением в условиях изоляции само по себе создает напряженную ситуацию, предрасполагающую к агрессии. На этом фоне зачастую сложно понять причины совершения агрессии, которые порой носят сложный и многофакторный характер. Психические расстройства, выявленные у заключенных женщин — это не тяжелые заболевания, а скорее пограничные состояния, часто не достигающие клинического уровня. Поэтому они влияют на агрессивное поведение не однозначно и хотя, безусловно, всегда являются определенным «звеном» в цепи причинно-следственных связей такого поведения, не обязательно становятся его непосредственной причиной.

Проявления психопатологического характера могут являться осевым, центральным, диспозиционным фактором, которые реализуются агрессивными поступками при любых значительных или незначительных внешних стимулах. В этих случаях их роль в агрессии занимает приоритетное положение, а агрессивные действия в таких случаях чаще всего носит реактивный характер. Психические расстройства могут выступать в роли синергического фактора, наравне с агрессивностью, присущей человеку, как свойство личности и участвовать в реализации агрессии на паритетной основе, чаще всего реализуясь как враждебная или реактивная агрессия. Они могут также выступать в роли катализатора, стимулируя личностную предрасположенность к агрессивному поведению, и в роли ингибитора агрессии, предотвращая ее или «переводя» в более мягкие формы (вербальная, косвенная агрессия) или в ауто-агрессию. Психопатологические расстройства могут играть триггерную роль, запуская механизм

агрессии при отсутствии какого-либо внешнего стимула, придавая ей неспровоцированный характер и предиспозиционного фактора, предшествовавшего развитию психопатологического состояния, в котором совершались агрессивные действия.

Роль средового фактора также многообразна. Условия лишения свободы могут сами по себе являться стрессовым фактором, особенно для женщин, оказавшихся впервые в условиях изоляции. Среда может играть роль катализатора, способствующего утяжелению имеющихся психических расстройств или стимулируя присущие женщине агрессивные черты личности. Постоянно возникающие в сложившихся условиях конфликты могут играть роль пускового фактора или триггера, запускающего реализацию агрессивных действий. В то же время окружающая обстановка, воспринимаемая как постоянная угроза здоровью и жизни, может сдерживать агрессию, вызывая страх совершения подобных действий.

В качестве предиспозиционного фактора могут выступать сложившиеся в результате деструктивного воспитания стереотипы поведения, которые легко реализуются в условиях лишения свободы. В качестве подобного фактора могут выступать преморбидные черты характера, которые заостряются в сложившейся обстановке и нередко приобретают форму психических расстройств доклинического или клинического уровня.

Механизмы агрессии у женщин с доклиническим уровнем психических расстройств в силу не вполне очерченной формы психической патологии чаще совершались за счет присущей личности высокой агрессивности (рис. 1).

Выраженная агрессивность в этих случаях выступала в качестве диспозиционного фактора. Предиспозиционным фактором служил сформировавшийся в результате деструктивного воспитания и нарушений адаптации стереотип поведения по агрессивному типу. Имеющиеся психические расстройства доклинического уровня, например, психастенические состояния, способствуя декомпенсации личностных особенностей, выступали в роли катализатора, облегчая совершение агрессивных действий. В этих случаях агрессия совершалась по враждебно-личностному типу. Примером подобного механизма агрессии может служить, следующая иллюстрация.

*Иллюстрация 1. Осужденная А., 35 лет, привлечавшаяся за убийство подруги на почве ревности и отбывающая наказание в течение 3 лет, неоднократно наносила жестокие побои сокамерницам. Воспитывалась в полной семье, но в условиях постоянных конфликтов, из-за алкоголизма отца семейства, в школе училась плохо, поскольку быстро утомлялась, не могла сосредоточиться на предмете. Несмотря на астенические проявления, в подростковом возрасте группировалась с асоциальными подростками, с 14 лет вела беспорядочную половую жизнь, совершала мелкие кражи, часто заставляла совершать кражи для себя младших по возрасту детей или слабохарактерных ро-*



Рис. 1. Механизм агрессии по враждебно-личностному типу



Рис. 2. Механизм агрессии по отставленному аффектогенному типу

весниц. Психиатрической экспертизы не проходила. При обследовании в ИУ обнаруживалась повышенная утомляемость в процессе беседы, с периодическими вспышками раздражительности. На вопросы отвечала с чувством превосходства, жалоб не предъявляла. При более доверительных отношениях с обследующим лицом сообщила о частых головных болях, головокружениях, нарушениях менструального цикла, перенесенных ЧМТ без признаков сотрясения головного мозга. Неврологическое исследование дало заключение о наличии отдельных невыраженных резидуальных признаков органического поражения головного мозга без очаговой симптоматики. Психометрические исследования показали высокий уровень агрессивности,

отсутствие свойств, тормозящих агрессию, склонности к суицидам, средний уровень адаптации. В камере с первых дней отбывания наказания проявляла жестокость, не работала, ссылаясь на усталость. Вместе с тем вела себя агрессивно, и хотя нередко получала побои от сокамерниц, стремилась отвоевать себе лидирующее положение, занималась физическими упражнениями, постоянно избивала более слабых, а затем и всех, кто пытался ее подчинить «своим правилам».

На примере указанной зарисовки показано агрессивное поведение в виде побоев сокамерниц, совершавшихся женщиной, имевшей высокую личностную агрессивность, сформировавшуюся в результате деструктивного воспитания.

Психастенические расстройства облегчали реализацию внутренней агрессивности. По подобному механизму чаще всего совершались агрессивные действия у женщин с психопатоподобными расстройствами, не достигавшими клинически очерченной патологии.

Вместе с тем, у женщин с невротоподобными и субдепрессивными состояниями агрессия могла проявляться по реактивному механизму, как ответ на недоброжелательные, агрессивные отношения сокамерниц. Агрессия в таких случаях чаще носила вербальный характер, однако, враждебные отношения могли вызвать отставленную реакцию. В этих случаях триггерный механизм оказывался скрытым, и агрессивные поступки не носили характера ответа на нанесенную обиду, а приобретали внешнюю форму неспровоцированной агрессии. В то же время враждебное отношение между сокамерницами, могло усиливать имеющиеся психопатологические проявления, усложняя их картину аффектом страха, который постепенно аккумуляровался и становился катализатором, усиливавшим имеющиеся расстройства, придавая им выраженный аффект страха. В этих случаях механизм агрессивного поведения можно было квалифицировать как отставленный аффектогенный (рис. 2).

Примером совершения подобных агрессивных действий может служить следующая зарисовка.

*Иллюстрация 2. Заключение Б., 41 год, осужденная за подлог документов, отбывающая наказание повторно, в течение 1,5 лет, внезапно напала на сокамерницу и пыталась задушить ее подушкой. Мать заключенной по характеру была замкнутой, неоднократно обращалась к врачу общесоматической поликлиники с жалобами на подавленное настроение, нарушения сна. Заключение воспитывалась матерью без отца. Мать уделяла заключенной мало внимания, та была предоставлена сама себе. В школе успевала удовлетворительно, но быстро уставала, теряла интерес к занятиям, уходила с уроков. В юношеском возрасте неоднократно ушибалась головой в результате падения, сознания не теряла, головокружением, тошноты не испытывала, к врачам по поводу ушибов не обращалась. Б. закончила колледж, получила профессию бухгалтера, работала на частном предприятии. Совместно с директором предприятия совершала подделку документов с целью уйти от налогов. Психиатрическую экспертизу не проходила. При поступлении в ИУ на первичном осмотре каких-либо психических отклонений выявлено не было. В ИУ работала (шила постельное белье), в камере занимала нейтральное положение, держалась несколько отстраненно, иногда выполняла мелкие просьбы сокамерниц. Физическому или моральному насилию со стороны товарок не подвергалась. По истечении приблизительно года отбывания наказания обращалась к врачу с жалобами на тревожное состояние, необъяснимые страхи, сопровождавшиеся головокружением, учащенным сердцебиением, выделением пота. Сообщала, что подобные состояния усиливаются во время менструального цикла. По назначению вра-*

*ча принимала пустырник. Диагноз поставлен не был. Совершенную спустя полгода после посещения врача агрессию объясняла тем, что «чувствовала угрозу здоровью и жизни». Незадолго до этого в соседней камере была изнасилована и избита до «полусмерти» женщина. Заключение Б., видя, что в ее камере тоже периодически устраивают побои, стала бояться, что такое может произойти и с ней, усилилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение. Понимала, что такое может быть совершено по указанию женщины, лидирующей в их камере, имевшей «для своего обслуживания шестерок» и неоднократно прибегавшей к насилию по отношению к другим. С целью сохранения собственной жизни и здоровья решила ночью задушить «лидера камеры» подушкой, понимала, что ночью никто ее не увидит и, учитывая ее «спокойное» поведение, была уверена, что на нее не подумают. Параклинически выявлены отдельные признаки поражения головного мозга резидуального характера. Психометрическое исследование показали наличие тревоги (среднетяжелый уровень), легкого уровня депрессию, низкий уровень агрессивности, совестливость, как личностную структуру, тормозящую агрессию, низкую склонность к суицидам, средний уровень адаптации.*

Диспозиционным фактором в этом случае являлось тревожно-фобическое состояние, которое возникло у преморбидно астеничной личности (предиспозиционный фактор) в результате постепенно накапливающегося страха за свою жизнь в ситуации постоянных конфликтов и драк в ИУ. Агрессивное нападение было совершено внезапно на лицо, не представляющее непосредственной угрозы для агрессора, но постоянно совершавшее жестокие агрессивные действия в отношении окружающих.

При органических, личностных психических расстройствах, таких, как эмоционально неустойчивое, диссоциальное, истерическое расстройство, а также при умственной отсталости с олигофреническим дефектом по типу дисфорического, механизмы агрессивных поступков часто представляли собой непосредственную реализацию агрессии (рис. 3).

Высокая частота встречаемости подобных механизмов у женщин с органическими и личностными расстройствами может объясняться частой декомпенсацией имеющихся расстройств с дисфорическими проявлениями. При подобных механизмах предиспозиционным фактором служили органические или личностные расстройства. В качестве диспозиционного фактора выступала декомпенсация имеющихся расстройств, а собственно дисфорические состояния играли пусковую (триггерную) роль в реализации агрессии, которая в этих случаях носила враждебный характер. Таким образом, агрессия реализовывалась непосредственно психопатологическими проявлениями, без участия ситуационного стимула и катализатора.

Примером агрессии, совершающейся по механизму непосредственной реализации агрессивности, может служить следующая зарисовка.

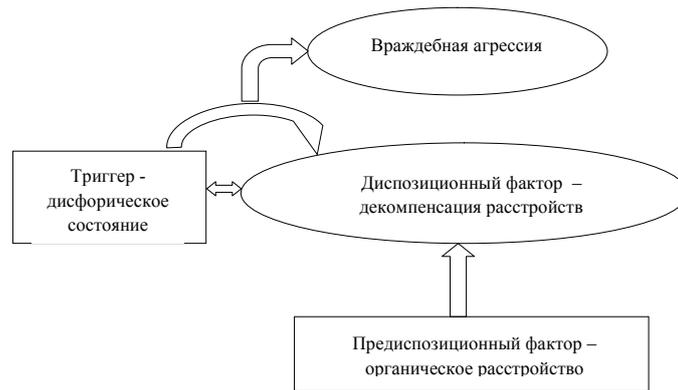


Рис. 3. Механизм агрессии по типу непосредственной реализации агрессивности

Иллюстрация 3. Заключение 3., 33 года, осуждена за убийство мужа во время семейной ссоры, наказание отбывает впервые в течение 2,5 лет. В ИУ в драке нанесла одной из заключенной серьезные побои, повлекшие тяжкий вред здоровью (сотрясение мозга, перелом 2 ребер, перелом руки, выбиты зубы, множественные ссадины и кровоподтеки на лице и теле).

Из анамнеза известно, что родилась в полной семье. Роды у матери заключенной протекали без отклонений от нормы. Детские годы (до 13 лет) провела с отцом и матерью. Мать заключенной отличалась «взрывным» неустойчивым характером. Отец заключенной отличался «покладистым» характером, во всем слушался жену, не пререкался с той, прощал ей ругань и оскорбления. Жалел ее, так как понимал, что та «больна». Заключение в начальной школе успевала на «хорошо» и «отлично». Месячные ранние (в 12 лет) сопровождаются головными болями, болями в области живота, головокружением, порой с рвотой, бессонницей, повышенной раздражительностью, снижением настроения.

Когда заключенной исполнилось 13 лет, мать умерла в автомобильной катастрофе во время поездки всей семьей на дачу. Заключение пострадала меньше всего, перенесла травму головы с потерей сознания и признаками сотрясения головного мозга пробыла в больнице 3 недели. После выписки «постоянно до настоящего времени» преследуют головные боли, головокружения, нарушения сна. Настроение стало неустойчивым: то «плакала без всякого повода», то «веселилась», то «злилась». Отец очень горевал о случившемся во всем винил только себя, начал пить, дочь осталась без присмотра, забросила учебу в школе, кое-как получила аттестат. С 13 лет стала общаться с подростками, в основном мужского пола, совершала мелкие кражи, курила, употребляла спиртное, вела беспорядочную половую жизнь. За весь период жизни сделала 12 аборт. После окончания школы работала «кем придется» — посудомойкой в ресторане, консьержкой, уборщицей.

В 19 лет вышла замуж, но через 3 года развелась из-за «постоянных скандалов» на почве рев-

ности. Через 4 года вышла замуж повторно, «особых» чувств к новому мужу не испытывала, но согласилась на брак, т.к. «не хотела больше оставаться одной». Детей заключенная не имела.

Часто вспоминала первого мужа. Скучала по нему. Второй муж вскоре «опостылел», отношения «испортились», в семье начались скандалы и драки, во время одной из драк заключенная выхватила топорик для рубки мяса и нанесла мужу множественные удары лезвием по голове, от которых тот скончался на месте преступления. По делу об убийстве была назначена психиатрическая экспертиза.

На экспертизе невропатолог дал заключение о наличии изменений головного мозга умеренной выраженности. В психическом состоянии отмечалась вязкость, тугоподвижность мышления, обстоятельность суждений, подэкспертная быстро утомлялась, раздражалась по малейшему поводу. Была также выявлена истощаемость психических процессов, склонность к поведению без учета ситуации, понижение адаптивных возможностей с реакциями гнева и раздражительности, аффективной ригидностью. Было дано заключение о том, что 3. психическим заболеванием не страдает, у нее имеются признаки поражения головного мозга травматического генеза с некоторыми изменениями психики.

В колонии вела себя свободно, развязно, постоянно ругалась с сокамерницами, прибегала к угрозам физической расправы. Наблюдалось постепенное ухудшение состояния, эмоциональные реакции стали выражено лабильными, приобрели дисфорическую окраску. Нападение на сокамерницу объясняла тем, что «терпеть ее не могла», та у нее вызвала «приступы злости», «ярости». При тестировании выявлен высокий уровень агрессивности, как свойства личности при отсутствии черт, тормозящих агрессию, средний уровень адаптации. В колонии занимала лидирующее положение.

В иллюстрации продемонстрировано агрессивное поведение у женщины с органическим поражением головного мозга с выраженной эмоциональной неустойчивостью, которая, приобре-

тя дисфорический характер, явилась причиной агрессивных действий по механизму непосредственной реализации агрессии.

У женщин с эмоционально неустойчивым, диссоциальным, истерическим типами личностных расстройств агрессивные действия могли осуществляться по механизму психопатической самоактуализации. Данный тип агрессивного поведения напоминал механизм непосредственной реализации агрессии, с той разницей, что триггерным фактором являлась декомпенсация личностных черт со стремлением к их выражению в форме агрессии.

В условиях лишения свободы, агрессивные поступки могли совершаться лицами, не имеющими психических расстройств или имеющими психические расстройства, не располагающие по своей природе к агрессии, а также и не обладающими агрессивностью, как свойством личности. Агрессия таких женщин совершалась под влиянием групповых воздействий, под влиянием угроз со стороны притесняющего женщину лица или под давлением авторитетного лица из желания не отставать от него или подчиняться ему по определенным причинам. В этих случаях механизм агрессии с определенной долей допущения можно было назвать механизмом по типу индуцированных действий. Чаще всего такой механизм наблюдался у женщин с зависимым расстройством личности, со снижением интеллектуально-мнестических функций или при доминирующих в клинической картине органического расстройства интеллектуально-мнестических нарушениях.

В этих случаях диспозиционную роль играли нарушения психики, например, зависимое расстройство личности. В качестве диспозиционного фактора выступали преморбидные личностные особенности. Давление влиятельного лица или референтной группы являлось триггерным фактором. Вместе с тем, страх перед окружающей средой, страх оказаться жертвой блокировал свойства личности, тормозящие агрессию, выступая в роли ингибитора таких качеств и облегчая тем самым реализацию агрессивных действий.

В ряде случаев, когда психические расстройства сами по себе не могли привести к непосредственной реализации агрессии или их проявлений было недостаточно для реализации агрессии по реактивному механизму, совершению агрессивных действий способствовала агрессивность как свойство личности. В этих случаях агрессивность, присущая женщине, выступала в роли сопутствующего психическим расстройствам фактора, и на паритетных началах с таковым приводило к агрессивным действиям. Совместное влияние психической патологии и личностных свойств под воздействием психотравмирующего фактора, например притеснения со стороны сокамерниц, приводило к реализации агрессии по реактивно-враждебному механизму.

Подобные механизмы агрессии чаще всего наблюдались при невротических или депрессивных расстройствах. Диспозиционными

факторами в этих случаях являлись: психическое состояние в виде тревожно-депрессивного, тревожно-фобического статуса и личностная агрессивность. Диспозиционных факторов также чаще всего было два. Для тревожно-фобических состояний диспозиционным фактором служили преморбидные особенности в виде эмоциональной лабильности, а для личностной агрессивности — деструктивное воспитание, приводившее к формированию агрессивности, как свойства личности. Триггером в этих случаях служило притеснение со стороны сокамерниц. При отсутствии второго диспозиционного компонента (выраженной агрессивности) чаще всего совершались аутоагрессивные действия. Примером реализации агрессии по враждебно-реактивному механизму может служить следующая зарисовка.

*Иллюстрация 4. Заключенная К., 36 лет, отбывает наказание впервые в течение четырех месяцев за разбойное нападение с целью кражи, в ИУ швырнула в лицо сокамерницы мокрую половую тряпку. Из анамнеза известно, что К. родилась третьим по счету ребенком в полной семье. Патологии беременности и родов у матери заключенной не было. Отец страдал алкоголизмом, неоднократно лечился по этому поводу. Мать раздражительная. В семье постоянно были скандалы, ругань и драки. К. росла и развивалась без должного присмотра, в школу пошла своевременно, училась посредственно, сбегала с уроков под разными предлогами. Менструальный цикл ранний (12 лет) сопровождается головными и абдоминальными болями, головокружениями, тошнотой, повышенной раздражительностью, нарушениями сна. Половая жизнь с 14 лет, постоянного «друга не имела», но и «меняла» друзей не часто. С этого же времени потихоньку «подворовывает», употребляет спиртное, но «не часто». В возрасте 17 лет перенесла травму головы (упала с мотоцикла на полной скорости, на котором ее вез один из друзей). По поводу травмы обращалась к врачу, которым был поставлен диагноз: «Сотрясение головного мозга», лечилась амбулаторно. Школу окончила своевременно, на тройки. После окончания школы работает продавцом. С 25 лет сожительствует с мужчиной, страшим ее по возрасту на 10 лет. Детей не имеет. В семье периодически возникают конфликтные ситуации на почве ревности с руганью, а иногда и с драками. В сговоре с гражданским мужем, вооружившись кухонными ножами, ночью напали на торговую палатку и, угрожая продавице расправой, совершили ограбление. В ходе следствия давала признательные показания. Вела себя адекватно. Психиатрическая экспертиза не проводилась.*

В ИУ была выявлена аменорея, остаточные явления органического поражения головного мозга. В психическом состоянии отмечалась подавленность, неусидчивость. В ходе беседы наблюдалось повышенное потоотделение, покраснение лица. Сообщала, что обеспокоена настоящим положением, «никогда раньше не была в тюрьме». На вопрос, не жалеет ли она о совершенном правона-

рушении отвечает, что «мы же только припугнули продавщицу», «убивать не хотели», «думали», что «все обойдется». Перед совершением правонарушения «выпили для храбрости». При установлении доверительных отношений сообщила о себе, что у нее «есть проблемы», постоянно меняется настроение «еще со школьного возраста», то «хохочу как ненормальная, то рыдаю». Когда попала в ИУ, сразу же «навалилась тоска», «жить не хотелось», «одолевала какая — то тревога», как будто «нехорошие предчувствия». Также ее смущало, то, что у нее имеются нарушения менструального цикла («слишком часто и долго идут»), была уверена, что по этому поводу над ней будут смеяться. Доверительно сообщила, что в камере «все над ней издеваются», заставляют убирать за собой, мыть полы, надсмехаются. На вопрос: «Зачем она швырнула тряпку в лицо сокамерницы?» — отвечает: «Сама не знаю, как получилось». После паузы поясняет, что жертва агрессии смеялась над К., заглядывала под юбку. Добавляет, что не выдержала «таких» издевательств», «напала такая злость, что не понимала что делаю». При психометрическом исследовании выявлена депрессия и тревога тяжелой степени. При психологическом тестировании высокий уровень агрессивности, совестливость, как свойство тормозящее агрессию, высокая склонность к суициду, низкий уровень адаптации. В камере занимает подчиненное положение.

Приведенная иллюстрация демонстрирует физическую прямую агрессию по реактивно-враждебному механизму, причиной которой явилось невротическое расстройство в виде нарушения адаптации с депрессивной и тревожной симптоматикой на фоне остаточных проявлений органического поражения головного мозга, возникшей в стрессовой ситуации лишения свободы. Предиспозиционным фактором служило деструктивное воспитание с нарушениями адаптации и эмоционально-лабильные расстройства. Диспозиционными факторами являются тревожно-депрессивное состояние и повышенная агрессивность, как свойство личности. В качестве триггера выступали притеснения со стороны сокамерниц. Факторы, блокирующие агрессию, были не выражены.

По инструментальному механизму реализовывалась агрессия, применявшаяся для достижения какой-либо цели (заставить жертву «платить дань», совершать определенные выгодные агрессору поступки, отвоевать лидирующую позицию). В этих случаях агрессивные действия чаще всего осуществлялись психически здоровыми заключенными.

### Заключение

Результаты исследования показали, что механизмы реализации агрессии у женщин отличаются сложностью, обусловленной влиянием множественных факторов: клинических, личностных, социальных — и факторов, обусловленных условиями пребывания в исправительном учреждении.

При этом наибольшую значимость, в том, по какому механизму будет реализована агрессия, имеют клиничко-психопатологические характеристики.

Так, у женщин с доклиническим уровнем психических расстройств и у женщин с невротическими расстройствами механизмы агрессии чаще всего осуществляется по реактивному, реактивно-враждебному типу и по типу индуцированных действий. При органических и личностных расстройствах чаще всего наблюдаются механизмы по типу непосредственной реализации агрессии, по враждебно-личностному, враждебно-реактивному типам. У женщин с депрессивными расстройствами — по аффектогенному и отставленному аффектогенному типу. У психически здоровых женщин чаще всего отмечались механизмы агрессии по инструментальному типу.

Клинические параметры выступают в роли диспозиционного, синергического, катализирующего, ингибирующего фактора. Роль личностных факторов при наличии психических расстройств чаще вторична, однако, они, выступая на передний план, могут занимать диспозиционное положение, чаще они играют роль катализатора, ингибитора или предиспозиционного фактора. Социально-средовые параметры чаще всего играют роль предиспозиционного фактора.

### Литература

1. Бардеништейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическая агрессия подростков. — Издательство Медпрактика. — М. — 2005. — 259 с.
2. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. — М.: медицина. — 2003. — 248 с.
3. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. — М.: Смысл. — 2003. — 300 с.
4. Соловьева С.Л. Агрессивное поведение и агрессивность как свойство личности. — Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — С-ПБ. — 1995. — № 3-4. — С. 13.
5. Цыганков Б.Д., Берсенева Ю.А. Внутрибольничное агрессивное поведение психически больных. — Владимир: ИП Журавлева. — 2012. — 296 с.
6. Daffern M, Howells K: Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. — *Aggression and Violent Behavior*. — 2002. — Vol.7. — P. 477-497.
7. Driscoll H, Zinkivskay A, Evans K, Campbell A. Gender differences in social representations of aggression: the phenomenological experience of differences in inhibitory control? — *Br J Psychol*. — 2006. — Vol.97. — P. 139-153.

8. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. *Mental disorders and homicidal behavior in Finland.* — *Archives of General Psychiatry.* — 1996. — Vol.53. — P. 497–501.
9. Teplin L.A., Abram K.M., McClelland G.M. *Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees.* — *Arch Gen Psychiatry.* — 1996. — Vol.53. — P. 505–512.
10. Westmoreland P., Gunter T., Loveless P., Allen J., Sieleni B., Black D.W. *Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life.* — *Int J Offender Ther Comp Criminol.* — 2010. — Vol.54. — P. 361–77.

## References

1. Bardenshtejn L.M., Mozhginskij YU.B. *Patologicheskaya agressiya podrostkov.* — *Izdatel'stvo Medpraktika.* — M. — 2005. — 259 s.
2. Dmitrieva T.B., Immerman K.L., Kachaeva M.A., Romasenko L.V. *Kriminal'naya agressiya zhenshin s psikhicheskimi rasstrojstvami.* — M.: *meditsina.* — 2003. — 248 s.
3. Safuanov F.S. *Psikhologiya kriminal'noj agressii* — M.: *Smysl.* — 2003. — 300 s.
4. *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal.* — M. — 2000. — №5. — S. 20–21.
5. Solov'eva S.L. *Agressivnoe povedenie i agressivnost' kak svojstvo lichnosti.* — *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.* — SPb. — 1995. — № 3–4. — S.13.
6. T'Sygankov B.D., Berseneva YU.A. *Vnutribol'nichnoe aggressivnoe povedenie psikhicheski bol'nykh.* — *Vladimir: IP ZHuravleva.* — 2012. — 296 s.

## Сведения об авторах

**Шаклеин Константин Николаевич** — кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по лечебной и экспертной работе, главный врач ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: shaklein@serbsky.ru

**Барденштейн Леонид Михайлович** — заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ. E-mail: barden@mail.ru