Д. И. Шустов

Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия

Санкт-Петербург
СпецЛит

УДК 616.89-008.444.1—178.1
Ш97

Автор:

Шустов Дмитрий Иванович — профессор, заведующий кафедрой психиатрии Рязанского медицинского университета им. И. П. Павлова

Шустов Д. И.

Ш97 Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 207 с.

ISBN 978-5-299-00760-2

В монографии с позиций доказательной медицины получает дальнейшее развитие концепция алкогольной зависимости как аутоагрессивного заболевания. Описывается клиника суицидальных и несуицидальных (семейных, профессиональных, соматических и др.) форм алкогольной аутоагрессии, а также определяется вклад преморбидной личности и ее детского травматического опыта в становление и реализацию этих форм. Исследуется особая роль патологического сценария как части жизненного пути алкоголика, а также определяются способы его активной психологической коррекции. В монографии приводятся детальные описания современных психотерапевтических методик лечения алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения.

Монография будет полезна психологам, психиатрам-наркологам, психотерапевтам и социальным работникам, а также всем тем, кто по роду своей деятельности или в силу личных причин сталкивается с непростыми вопросами алкоголизма и самоубийства.

УДК 616.89-008.444.1—178.1

ISBN 978-5-299-00760-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения 5

Введение 6

Глава 1. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия 11

Глава 2. Аутоагрессивность: теория и представленность в клинике 20

Глава 3. Суицидальное аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости 31

Алкогольные суициды 31

Теории суицидогенности алкогольной зависимости 35

Клиника суицидального поведения при алкогольной зависимости 40

Алкогольный завершенный суицид 42

К теории завершенного суицида: структурный и функциональный анализ суицидального состояния психики через исследование посмертных записок 50

Сравнительный анализ предсмертных писем суицидентов и парасуицидентов 55

Алкогольные парасуициды 66

Глава 4. Несуицидальное аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости 79

Метод психотерапевтического интервью для выявления аутоагрессивных тенденций в психике 97

Группа семейной аутоагрессивности 103

Группа соматической аутоагрессивности 107

Группа с выраженным рискованным поведением 111

Группа с антисоциальным поведением 116

Группа с аутоагрессией в профессиональной сфере 119

Группа с двойным диагнозом 124

Аутодеструктивные сценарии зависимых от алкоголя лиц 129

Глава 5. Лечение аутоагрессивного поведения 139

Существующие подходы к профилактике и терапии аутоагрессивного поведения 139

Профилактика и лечение алкогольного аутоагрессивного поведения 141

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия 143
Диалектическая бихевиоральная психотерапия 143
Терапия внутренних голосов (Voice Therapy) 145
Психодинамические подходы 146
Лечение, основанное на ментализации 149
Трансакционный анализ в терапии алкогольной аутоагрессии 150
Как работают антимортальные методики в комплексной психотерапии алкогольной зависимости 172

Заключение. Сильнее жизни 177

Приложение 1. Опросник для выявления витальных и антивитальных тенденций 180

Приложение 2. Предсмертные письма суицидентов 185

Литература 190

ГЛАВА 1

АУТОАГРЕССИВНОСТЬ И ИЛЛЮЗИЯ БЕССМЕРТИЯ

Если нет бессмертия, то весь мир — насмешка над человеком.

Ф. М. Достоевский. Идиот

Ничто не имеет смысла перед бездной смерти. Только в собственной психике человек находит убежище перед небытием. Психика предоставляет ему уникальную возможность не верить в собственную физическую и духовную смерть — *иллюзию бессмертия* (Ламонт К., 1984). Что стоит за фактом осознания смерти? Бессмысленность существования и самоубийство?

Многие авторы пытаются найти ответы на два вопроса, которые, по мнению суицидологов, смогут пролить свет на феномен самоуничтожения: «почему?» и «зачем?». Ответ на первый вопрос призван высветить причину суицида, на второй — что человек хотел сказать этим поступком. Все сходятся на мысли, что суицид противоестественен и требует превенции, а человек, совершивший его и выживший, должен быть, следовательно, подвергнут принудительной психотерапии. Трудно оспаривать этот взгляд, поскольку он соответствует тем силам в нашей психике, которые противостоят осознанию факта бессмысленности жизни перед лицом всепоглощающей идеи смерти. Это тем более противоестественно, что столкнувшийся с суицидом взрослый или ребенок становится как бы «помеченным» смертью — *осведомленным* о такой возможности — и, по статистике, может вскоре ею воспользоваться. В медицине это принято называть синдромом Вертера.

Но что изменится в нашем понимании, если представить суицид как вполне *естественное* действие, как простую форму смерти? Это не будет означать одобрения каждого следующего самоубийства, но позволит выявить несколько иной взгляд на психотерапию и превенцию. Не «почему?» и «зачем?», а что позволяло этому человеку жить так долго? Что сломалось в психике, что превра-

ло малозначимую причину («почему?») в существенную («зачем?»), вследствие чего люди приобрели новое, нерадостное знание о мире?

Почему самоубийство может быть простой формой смерти?

Смерть имеет свой темп. Для большинства людей (медиков в том числе) этот темп смерти вполне очевиден и понятен в соматической сфере: от быстрых злокачественных форм болезней, как острый лейкоз, до постепенного старческого маразма. В сфере психического имеется свой, менее очевидный темп смерти. Он определяется так называемой аутоагрессивностью, высшей точкой которой является самоубийство. Аутоагрессивностью называют намеренную (осознаваемую или неосознаваемую) активность, направленную на причинение себе вреда в физической и психической сферах (Агазаде Н. В., 1989). Аутоагрессивность пронизывает все сферы человеческой жизнедеятельности, являясь, по сути, полномочным представителем Ее Величества Смерти. К клиническим формам можно отнести выбор рискованных специальностей (летчик-истребитель, водолаз или гонщик), биопсихологические пристрастия — болезни зависимости (переедание, дипсо-нарко-химиотабакомании), психологическую склонность к получению травм и увечий, постоянную вовлеченность в несчастные случаи (один пациент трижды переворачивался в автобусе), психологию жертвы — акцепцию насилия. Можно выделить мягкие и крайние формы аутодеструктивности. Первые социально приемлемы (любые формы культурного пьянства). Вторые социально неодобряемы (выходка психопата и удар лезвием по собственному запястью), социально непонятны (суицид шизофреника или больного с депрессией), социально неприемлемы (самоубийство психически и физически здорового человека).

Телесный темп смерти детерминируется генетическими программами (Roy A., 1986), регулирующими продолжительность жизни вообще, психический темп также программируется психологически (например, жертвы сексуального насилия в детстве, не чувствующие ценности своего тела, дети родителей-самоубийц, рожденные жертвы неудавшегося аборта и др.). Существуют и биопсихологические программы, где разрушение тела «разрешается» и обосновывается генетически, например, при наследственной болезни Леша — Нихана или при наследственных формах эндогенных депрессий (особенно «аутодеструктивен» нарушенный обмен серотонина). Что следует из этого перечисления? Может быть, нет людей, рассчитанных на бессмертие, все люди получают аутодеструктивную программу и все дело в пропорции смешения биологического и психологического — так, чтобы аутодеструктивные формы были очевидны до степени суицида или завуалированы и «замороо-

жены» во времени, как при старческом маразме? Самый низкий темп аутодеструктивности можно было бы назвать беспроблемной жизнью. Это «субклинический» темп. Никому и в голову не придет печалиться по только что обрезанному ногтю или удаленному коренному зубу; психологически в возрасте десяти лет мы помним о себе пятилетних гораздо подробнее и полнее, чем будучи тридцатилетними.

Возможно, самоубийство или самоистребление естественно (сверхвысокий темп) с той точки зрения, что «целью всякой жизни является смерть» (З. Фрейд). В своих работах «Мы и смерть» и «По ту сторону принципа удовольствия» Зигмунд Фрейд утверждает, что природа психических влечений человека соответствует всеобщему эволюционному циклу «неживое — живое — неживое», и «если мы примем как не допускающий исключения факт, что все живущее вследствие внутренних причин умирает, возвращаясь к неорганическому, то мы можем сказать: целью всякой жизни является смерть...» (Фрейд З., 1990, с. 405)[1].

Однако почему аутодеструктивность в большинстве случаев так неочевидна и стыдлива? Почему мы все не бросаемся с крутого обрыва, не топимся, не вешаемся и не стреляемся? Почему разрешаем себе роскошь дожить до старости и утопически счастливой смерти от «усталости жизни» (Мечников И. И., 1988)? Почему идеи смерти не доминируют в нашем разуме и почему с каждой смертью знакомого или близкого человека мы находим в себе силы восстанавливаться и жить?

По-видимому, жизнь, чуть только закипая в смешении атомов, подразумевает антидеструктивный паттерн. Этот паттерн может заключаться для животных и детей в неосознаваемости смерти. Взрослый лишь выдерживает эту «травму осознавания», прибегая к всевозможным обоснованиям нужности своей жизни для вечности. Еще сохраняется в его психике наивный Ребенок — носитель *иллюзии бессмертия* — важнейшего механизма выживания. Сохраняется и психобиологический поведенческий набор (выжить, чтобы зачать и позволить выжить родному существу), эквивалентный инстинкту самосохранения. Многим людям этого хватает на долгие годы, но уже в зрелости, когда тело еще не поражено вирусом смерти, они начинают работать на вечность, работать на имитацию бессмертия — плазмического (рожают много детей — продолжателей рода), деятельностного (сажают леса и строят дома, которые

[1] «Отрицание жизни по существу содержится в самой жизни, так как жизнь всегда мыслится в соотношении со своим необходимым результатом... — смертью» *(Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — Т. 20. — С. 610)*.

переживут своих создателей), исторического (пишут книги или довольствуются славой Герострата). В то же время существует еще один, чисто человеческий, нравственный континуум — обрести вечную жизнь. Моральный аспект во многом, если не во всем, соответствует религиозному аспекту (в том числе и неприятию самоубийства), где сам смысл упорядоченной, нравственной, противоположной животной, чисто биологической жизни теряется, если отсутствует конечное райское вознаграждение. В сознании внешне нерелигиозных людей, которые, по мнению ряда психологов и философов, с готовностью станут верующими, чуть только получат необходимые доказательства существования Бога (Джемс В., 1992), этическая суть всех великих религий трансформируется в общечеловеческие ценности и идеалы. Ценностный ореол в определенные периоды жизни соответствует аутодеструктивности в той пропорции, например, в которой отрезанный палец толстовского отца Сергия соответствует пробою в его моральной оболочке. Иными словами, ценностно-духовная аура служит механизмом выживания с необходимейшей выживанию надеждой на бессмертие. Духовный аспект выживания, будучи соотнесен с религией, в определенной мере обеспечивает высший, неподвластный человеческому сознанию смысл жизни. Наблюдая за поведением антилопы, еще можно допустить, что ей известен смысл того, почему она должна стать обедом для льва, но, не будучи фантастом или сказочником, вряд ли кто допустит, что антилопе известен высший экологический смысл ее существования, смысл целостности и красоты населенной саванны.

Согласно концепции трихономического строения человеческой личности, человек определяется носителем «соматического, психического и духовного» (рис. 1). Каждая их этих составляющих может предоставить в распоряжение человека способы и основания для выживания.

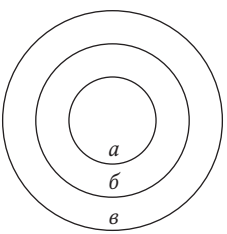

Рис. 1. Диаграмма сфер выживания: *а* — соматическая оболочка; *б* — психологическая оболочка; *в* — духовная оболочка

Соматическая сфера выживания представлена физическим телом человека, которое с рождения по мере роста и развития обеспечивает поступательное движение жизни и ощущение физического здоровья. Половые клетки обеспечивают так называемое плазмическое бессмертие — продолжение части физического себя в потомках. Факт существования физического тела определяет материальные границы личности и различные адаптивные и неадаптивные феномены отождествления себя с физическим телом: невротические (комплекс физической неполноценности), дисморфофобические и психотические дисморфоманические.

Психическая или психологическая сфера выживания представлена страхом смерти, боязнью умирания (страхом атрибутов умирания) и боязнью небытия. Собственно иллюзия психического бессмертия, существующая в детстве в виде инстинкта бессмертия, по мере взросления рационализируется и звучит следующим образом: «Несомненно, нельзя допустить, что инстинктивное чувство, испытываемое всеми нами, что мы рождены не для того, чтобы прожить незначительный промежуток времени, а потом исчезнуть навсегда, что это чувство может ничего не означать...» (Ламонт К., 1984) или: «Мы живем так, как будто не умрем, и не смущаемся смертью других. Может быть, это не самообман, а верное чувство?» (Зубов А. Б., 1992). Связаны с иллюзией бессмертия и позитивная направленность нашего мышления (планирование будущего), неспособность представить собственную смерть: «...как только мы предпринимаем попытку вообразить ее, мы можем заметить, что на самом деле мы остаемся в живых в качестве зрителей...» (Фрейд З., 1994). Подобную направленность человеческого мышления отмечал еще Бенедикт Спиноза, утверждая, что человек свободный ни о чем так мало не думает, как о смерти, и его мудрость состоит в размышлении не о смерти, а о жизни (Спиноза Б., 1957, с. 576).

Не менее важный аспект для выживания предоставляет сублиматорная человеческая активность, а именно то ощущение самоценности (в том числе и ценности своего тела), которое возникает в результате профессиональной, семейной и общественной деятельности. «Говорят, что жизнь терпима только тогда, если вложить в нее какое-нибудь разумное основание, какую-нибудь цель, оправдывающую все ее страдания, что человек, предоставленный самому себе, не имеет настоящей точки приложения для своей энергии (в том числе аутодеструктивной. — *Прим. авт.*). Если наше сознание обращено только на нас самих, то мы не можем отделаться от мысли, что в конечном счете все усилия пропадают в том „ничто“, которое ожидает нас после смерти. Грядущее уничтожение ужасает

нас. При таких условиях невозможно сохранить мужество жить дальше» (Дюркгейм Э., 1994).

Духовная или ценностная сфера выживания предоставляет систему духовных доказательств бессмертия, а также сводов и правил для его достижения. Важнейшим конструктом духовной сферы выживания является реинкарнационный менталитет, а именно система убеждений в том, что после смерти человек будет существовать в какой-либо иной (духовной, энергетической) форме либо будет вторично рожден. Реинкарнационный менталитет тесно связан с религиозностью, где, по словам Вильяма Джемса (1992), «для огромного большинства людей белой расы религия означает прежде всего бессмертие и, пожалуй, ничего больше. Бог есть создатель бессмертия» (с. 416). Идея Бога как «более ответственного Нечто», нежели человек (Судаков А. К., 1996), позволяет человеку быть стабильным в контексте неодиночества и приобрести смысл индивидуального существования. Смысл существования в аспекте духовного бессмертия имеет истинную витальную ценность в процессе выполнения задачи, поставленной перед Человеком (Фромм Э., 1990).

В ряде случаев наличие реинкарнационного менталитета могло бы способствовать суициду как способу бегства в иную, более правильную и справедливую жизнь. Потенциальная возможность совершения суицида в некоторой степени способна стабилизировать психику, создавая иллюзию всемогущества (грандиозности), будучи универсальным способом бегства от решения проблемы любой сложности, а также будучи средством чисто человеческой, высшей формы самодетерминации, не зависящей от биологических условий. Высшей формой самодетерминации обосновывается и возможность рационального самоубийства в рамках эвтаназии, которое превращает смерть из телесного события в ответственный поступок человека (Хамфри Д., 1992; Тищенко П. Д., 1992)[1]. Однако необходимость моральной жизни, когда «деятельность души в этом мире определяет ее положение в мире грядущем» (Гроф С., Галифакс Дж., 1995), служит существенным сдерживающим сознательную аутоа-

[1] В свое время И. Кант обозначил этот вопрос как феномен «совестливого самоубийцы», суицид которого выводим из принципа удовольствия. «Совестливый самоубийца», сознавая, что жизнь больше не будет источником привычных удовольствий, решает произвольно сократить ее срок, тем самым насильственно закрепляя за собой право Высшего Судьи. А между тем «сохранять свою жизнь есть долг», и добродетельный человек потому сохраняет жизнь, не любя ее, что не испытывает к ней аффективной, животной, пристрастной любви. Поэтому решение «совестливого самоубийцы» есть решение не духовного, но биологического существа (Судаков А. К., 1996).

грессию фактором. Действительно, комфортное (райское) бессмертие является условием надлежащего выполнения морального императива «...разумно вести себя таким образом, как будто нас безусловно ожидает иная жизнь и при вступлении в нее будет учтено моральное состояние, в соответствии с которым мы закончим нынешнюю» (Кант И., 1980). Поэтому одним из основополагающих нравственных установлений явилось приравнивание самоубийства к греху, сравнение суицида с убийством существа, принадлежащего Богу. «Бог создал жизнь, и лишь один он может взять ее» (Блаженный Августин «Город Божий». Цит. по: Hillman D., 1993).

Можно предположить, что в различные возрастные периоды значимость систем выживания будет неодинаковой. На рис. 2 мы попытались графически отобразить их соотношение у гипотетического человека в детстве, зрелом возрасте и старости.

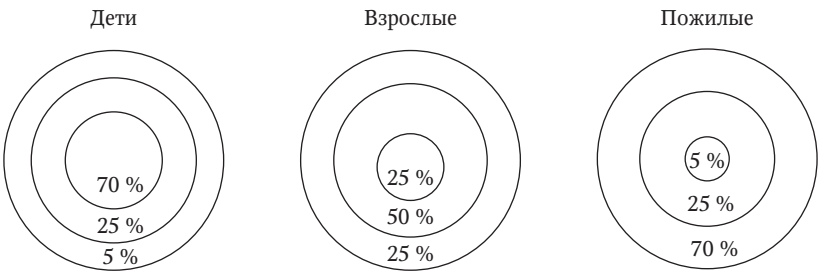

Рис. 2. Системы выживания в зависимости от возраста

Основная сфера выживания детей — соматическая — заключается в процессе динамического развития живой материи, требующей непрерывного поступления пищи и кислорода. Психологические системы представлены страхом темноты (нерационализированным страхом одиночества и смерти) и инстинктом бессмертия, равным сейчас инстинкту самосохранения. Моральные системы наименее представлены интериоризированными родительскими ценностями. Недостаточность защитной функции этих систем приводит к наиболее частым самоубийствам детей по так называемым школьным причинам (обида, боязнь наказания, неудовлетворительная оценка), где определяющим суицидальным чувством становится стыд. Соматические дестабилизирующие события редко приводят к завершенным суицидам. Вместе с тем хроническая болезнь, комплекс физической неполноценности, а также попытки избиений, сексуальные злоупотребления снижают как ощущение ценности своего тела, так и витальный потенциал, необходимый

в зрелом возрасте, что приводит в конечном итоге к аутоагрессивным действиям.

В зрелом возрасте основная сфера выживания — психологическая. Самоубийства бывают при крахе сублиматорных механизмов (профессиональной или семейной неудаче), при творческом бессилии или в кризисные периоды жизни, связанные с переоценкой прожитого, с одиночеством. Человек убеждается в конечности своего существования, бесперспективности сегодняшней своей деятельности по отношению к вечности, испытывая острое чувство одиночества в виде так называемого обнаженного существования или голого ужаса (Бинсвангер О. Л., 1942). Нарушения в системе бессмертия могут наступать и хронически, когда в результате «несмертельных» видов аутоагрессии человек теряет ощущение ценности своего тела. Отсутствие или потеря страха смерти, особенно у людей, переживших критические ситуации (войну, катастрофу), приводит к прямой аутоагрессии — фатальному суициду — либо к косвенной — криминальному или рискованному поведению.

В старости иллюзия бессмертия особенно слаба. Однако моральная оболочка и система ценностей способствуют выживанию стариков. Особенно опасными в связи с этим становятся ситуации смены кредо, взглядов или мировоззрения, т. е. своеобразная потеря поддерживающих жизнь ценностей.

Что следует из приведенных рассуждений для понимания природы суицида и его превентивной психотерапии?

Во-первых, суицид может быть естественным исходом жизни, когда не срабатывают механизмы выживания, все сразу или некоторые. В этой связи суицид может быть соматическим (в милицейских отчетах в этом случае говорится, что суицидент долго жаловался на нестерпимые боли и часто обращался к врачам); суицид может быть психологическим (суицидент много пил, развелся с женой или был одинок); суицид может быть ценностным (суицидент не знал, где взять денег на свадьбу сына, и стыдился этого; проиграл в карты зарплату предприятия). Все указанные в скобках причины незначимы сами по себе и могут встречаться у огромного большинства людей, как и любые другие причины суицидов. У суицида нет причин — есть разрушенные основания жизни.

Признавая суицид естественным, мы тем самым психотерапевтически лишаем некоторые виды суицидов манипулятивного смысла. Если явление вполне естественно и очевидно, то вряд ли обидевшая мужа Катя будет сильно казнить себя, как на то рассчитывал муж. Не попробовать ли отомстить Кате каким-нибудь «живым» образом?

Во-вторых, работа по предупреждению самоубийств может быть основана на профилактике, направленной на укрепление сфер выживания у попадающих в поле зрения врача потенциальных суицидентов. Бороться с поверхностными причинами суицидов (например, оздоравливая семейную атмосферу) — значит бороться с многообразием проявлений человеческой жизни.

В-третьих, один из наиболее цельных и естественных для *Homo moralis* способов превенции смерти — это работа с его ценностной оболочкой. Подмечено, что идеи Бога и греха, совести и вины особенно целительны для человека, прикоснувшегося к ним в процессе своего ментального развития, когда психологические основания к жизни исчерпаны. Эта естественная линия духовного роста характерна для большинства людей, безотносительно к тому, водили ли родители их в детстве в церковь или нет. Возможности психотерапии здесь безграничны, в том числе психотерапии пастырским наставлением. «Цель психотерапии — исцеление души, цель же религии — спасение души... по своим результатам — не намеренно — она оказывает психогигиеническое, даже психотерапевтическое действие. Это происходит благодаря тому, что она дает человеку беспрецедентную возможность, которую он не в состоянии найти где-нибудь еще: возможность укрепиться... в абсолютном» (Франкл В., 1990).

ГЛАВА 2

АУТОАГРЕССИВНОСТЬ: ТЕОРИЯ И ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ В КЛИНИКЕ

Мы собрались здесь сегодня по
прискорбному поводу: в семье
скончался отец, дядя повешен
и, должно быть, угодил в преисподнюю.
Б. Шоу. Ученик дьявола

Понятие аутоагрессивности как намеренной (осознаваемой или неосознаваемой) активности (иногда пассивности), направленной на лишение себя жизни или деструкцию собственного тела, а также на причинение вреда в различных сферах человеческого функционирования, в научной медицинской (психиатрической и психологической) литературе изучается с нескольких позиций: биологической, клинико-описательной и психологической.

Биологическая основа аутоагрессивности как клинического феномена подтверждается многочисленными данными, свидетельствующими о наличии этого синдрома при заболеваниях, имеющих наследственную природу. Синдром аутоагрессивности встречается в клинике болезни Леша — Нихана, при заболеваниях, имеющих недостаточно изученный этиопатогенез и накапливающихся в семьях, как при болезни Жиля де ля Туретта. Самоповреждения и суицидальные акты на фоне базального дефицита серотонина нередки при эндогенных депрессиях, имеющих выраженный наследственный компонент. Однако депрессивный симптомокомплекс не характерен, например, для эректильных форм олигофрений, в клинике которых наблюдается самый разнообразный спектр аутодеструктивной активности (расцарапывания себя, удары головой о стену), корригируемый блокаторами катехоламинов и дофамина — нейролептиками. Высокий риск аутоагрессии и суицида имеют люди с наследственно низкими уровнями 5-оксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости, а также со снижением пресинаптической серотонин-2 и β-адренергической активности. Подтверждени-

ем указанных гипотез служит благоприятное действие на аутоагрессивную симптоматику карбоната лития, ингибиторов всасывания серотонина — хлорпромазина, имипрамина, амитриптилина, ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетина и сертралина) — своеобразных корректоров аутоагрессивных суицидальных тенденций и антисоциального поведения (Pompili M. [et al.], 2010).

Клинико-описательные подходы базируются на психосоматических исследованиях различных нозологических форм, ассоциированных с аутоагрессивным поведением, а также на исследованиях подобного поведения в рамках психической патологии.

Так, в индустриально развитых странах высочайший суицидальный индекс определяется среди мужчин 75 лет и старше, причем пожилые используют высоколетальные способы самоубийства, должным образом организованные и тщательно спланированные. Среди факторов риска отмечают одиночество, хронические заболевания и пессимистический взгляд на выздоровление, депрессию и употребление алкоголя (Conwell Y., Duberstein P., 2005).

Среди конкретных нозологических форм, имеющих в клинике повышенную представленность аутоагрессивной составляющей, называют язвенную болезнь, сосудистую патологию — гипертоническую болезнь и атеросклероз, онкологические заболевания и ВИЧ-инфекцию. Клагсбрун (Klagsbrun S. C., 1984), помимо больных алкоголизмом и наркоманией, выявляет аутоагрессивное поведение у пациентов с почечной недостаточностью, которые избегают диализа, у пациентов с ювенильным диабетом, которые «забывают» делать инъекции инсулина, у больных миастенией, не желающих пользоваться автоматическими приспособлениями для передвижения, а также у эмфизематиков, продолжающих курить. В основе подобных поведенческих форм он видит грандиозность и нарциссизм, где «Я — выше опасности!».

В клинике психических болезней аутоагрессивные тенденции представлены наиболее разнообразно и изучаются в рамках различных нозологических форм (Ваулин С. В., 2012). Сообщают о подавляющем большинстве летальных суицидов, совершенных лицами с психической патологией (до 90 %, согласно Bertolote J. M., Fleischmann A., 2002). Высокий риск суицидов и связанное с этим снижение продолжительности жизни на 20 % отмечают у больных шизофренией (Мельтцер Г., Фатеми Г., 1996). При шизофрении выявлены тяжелые самоповреждения, совершенные в основном по бредовым мотивам или под воздействием императивных галлюцинаций, такие как перерезание горла, ампутация конечностей или ушей, самоизбиение, кожное ранение, самосжигание, ампутация половых органов и молочных желез, самоповреждение глаз

(Coons Ph. V., Ascher-Svanum H., Bellis K., 1986; Rogers T., Pullen I., 1987). Отметим, что самоослепление некоторыми авторами (Rogers T., Pullen I., 1987) признается эквивалентом самокастрации и суицида. У больных эпилепсией риск суицида в 4—5 раз выше, чем в общей популяции, и возрастает в 25 раз у больных с височной локализацией очага (Barraclough B. M., 1987). Значительное количество исследований посвящено суицидальному поведению при аффективных психозах — биполярном аффективном расстройстве и синдроме большой депрессии, депрессии на фоне органического поражения мозга, депрессиях позднего возраста, а также при реактивных, маскированных и ситуационных депрессиях, депрессивных и ситуационных реакциях (Bertolote J. M., Fleischmann A., 2002).

Большое разнообразие форм аутоагрессии определяется у пациентов с личностными расстройствами. Выделяют садомазохистическое личностное расстройство, при котором чрезмерное чувство вины облегчается за счет своих собственных унижений и боли. Описывают также личностное расстройство с самопоражением, при котором субъекты выбирают партнеров для контактов и ситуации, ведущие к разочарованию, неудаче или плохому обращению; на позитивные личные события эти пациенты отвечают депрессией, чувством вины или поведением, вызывающим боль, провоцирующим несчастный случай. Диагностические критерии при данном личностном расстройстве достаточно спорны для того, чтобы ими пользоваться в широкой медицинской практике, поэтому они не вошли в основную часть известных психиатрических классификаций, хотя в некоторых наиболее ясных моментах они могут отвечать критериям зависимых и пассивно-агрессивных расстройств личности (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994). Помимо указанных личностей, высокий аутоагрессивный потенциал в отношении завершенных суицидов и самоповреждений, выделяющийся из общей популяции, демонстрируют пограничные личности, антисоциальные, маниакально-депрессивные; а также истерические в отношении суицидальных попыток (Millon T., 1999).

В последнее время несуицидальные самоповреждения стали рассматривать в качестве самостоятельной нозологической формы с критериями в DSM-5 (Zetterqvist M. [et al.], 2013), которая характеризуется повторяющимся нанесением самому себе неглубоких, но болезненных ран на поверхность тела с целью ослабления болезненных эмоций, таких как напряжение, тревога, самообвинение, а также с целью разрешения межличностных конфликтов. Этот поведенческий паттерн имеет общие черты с зависимостью. Ранее (в МКБ-10 и DSM-4) самоповреждения у подростков расценивали исключительно как симптом пограничного расстройства личности.

С точки зрения личностной синдромологии (а не нозологии) описывают специфические аутоагрессивные симптомокомплексы, которые могут встречаться в клинике эндогенных психозов, неврозов и расстройств личности. К ним относят синдром нервной анорексии, при которой смертность выше, чем в общей популяции и популяции психически больных (Sullivan P. F., 1995), некоторые криминалистические синдромы, как синдром «опосредованного самоубийства», когда лицо совершает тяжкое преступление в надежде на смертельный приговор суда (Пелипас В. Е., 1970), поведение жертвы (Sansonnet-Hayden H. [et al.], 1987), изучаемое в разделе виктимологии криминальной психологии, симулятивное поведение в условиях ограничения свободы (демонстративные и манипулятивные самоповреждения), некоторые психосоматические синдромы, связанные с переживанием хронического болевого синдрома, хирургическую и стоматологическую «наркомании», синдром Мюнхаузена или нозофилии, синдром булимии и некоторые формы дромомании (Харди И., 1988). Многие склонны считать предрасположенность к травмам и увечьям особой аутоагрессивной личностной характеристикой. «Травматическая» личность, по их мнению, это личность, отвергающая авторитеты, недисциплинированная и нетерпеливая, со склонностью к риску в молодом возрасте, с низкими интеллектуальными способностями, антисоциальным поведением, психическими отклонениями и частыми депрессивными эпизодами (Конечный Р., Боухал М., 1983). Аутоагрессивный компонент содержится в подростковых реакциях имитации и присоединения, в поведении жертв сексуального и физического насилия, а также у лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами и нетрадиционным сексуальным поведением (Попов Ю. В., Личиков А. А., 2011; Патнем Ф., 2004). Выделяют личностей с так называемым рискованным модусом поведения в молодом возрасте, к которому относят: 1) поведение, приводящее к намеренным или непреднамеренным повреждениям; 2) курение табака; 3) злоупотребление алкоголем и наркотиками; 4) сексуальные эксцессы; 5) нездоровое пищевое поведение; 6) физическую пассивность (Kann B. [et al.], 1996). В. Е. Пелипас (1970) диагностирует у психопатических личностей астенического и истерического типов «суицидоманическое развитие» и парасуицидальные акты по типу экспериментирования с самим собой.

Вместе с тем единичны подробные, системные работы, классифицирующие различные типы и формы проявлений аутоагрессивности. Р. Конечный и М. Боухал (1983), предлагая концепцию самоумерщвления, относят к последнему: а) самоубийство, связанное с импульсивным, скачкообразным поведением без борьбы мотивов,

с психозами, детским и демонстративным поведением, суицидальную активность, заканчивающуюся нежелательной смертью; б) самоубийство в обычном смысле слова и самопожертвование без идейных причин (например, для получения страховки); в) самопожертвование по идейным соображениям. К суицидальной активности, не закончившейся смертью, эти авторы относят действительные суицидальные попытки (парасуициды); тревожную и «нажимную», целенаправленную суицидальную активность.

Заслуживают внимания работы Н. В. Агазаде (1989), где автор призывает изучать суицидальные феномены без отрыва от других форм аутоагрессивности, поскольку между отдельными разновидностями аутоагрессивного поведения существуют причинно обусловленная взаимосвязь и определенные закономерности перехода их друг в друга. Он различает физическую, психическую, социальную и духовную аутоагрессию, проявляющуюся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях. К изоморфным проявлениям аутоагрессивного поведения, носящим неосознанный характер, он относит чрезмерное увлечение опасными видами спорта, склонность к неоправданному риску, сексуальные эксцессы, чрезмерное курение, алкоголизацию и наркотизацию, переедание без гедонистических чувств, многие случаи нозофилии, самолечения, нервной анорексии, аскетизма, неадекватное снижение поисковой активности в неблагоприятных ситуациях.

Психологическая модель аутоагрессивного поведения включает три наиболее интересных и продуктивных с точки зрения психотерапии подхода: психоаналитический, поздний аналитический и бихевиоральный.

Теоретики психоанализа вслед за З. Фрейдом (1990; 1994) и В. Штекелем (Рязанцев С. В., 1994) рассматривают аутоагрессивное поведение и суицид как изначально присущие психике феномены, как бессознательную враждебную направленность на интроецированный любовный объект. Причины суицида и аутоагрессивного поведения выводятся из коллапса защитных механизмов при недостатке копингового поведения (Ozsvath K., 1990), поломки механизмов *супер-эго* на фоне длительного внутриличностного конфликта с регрессией и фиксацией на ранних стадиях психосексуального развития. Все случаи аутоагрессивного поведения имеют две общие стороны: во-первых, они используют энергию от рассогласования Эроса и Танатоса, где, во-вторых, Танатос «берет верх», как, например, в случаях аутоэротических асфиксий — трагических попыток самоудушения, предпринятых с целью переживания оргастических ощущений (Молин Ю. А., 1996). Внутренняя направленность Танатоса психодинамически

расценивается как «убийство, повернутое на 180 градусов» (Menninger K. A., 1938)[1], как проявление некрофильных агрессивных и аутоагрессивных тенденций (Фромм Э., 1994), а также как актуализация мазохистических переживаний. Карен Хорни (1993) фактически приводит современную мотивационную основу аутоагрессивности, определяя функции мазохистического страдания в виде прямой защиты, когда мазохист посредством самобичевания избегает обвинений, а принижаясь, избегает соперничества (суицид по типу «избегания»); способа достижения желаемого: страдание и беспомощность для него — мощные средства получения любви, помощи и контроля (данный вид поведения впоследствии Шнейдман и Фарбероу обозначили как «крик о помощи»); замаскированного обвинения других людей.

Г. Аммон видел в основе аутоагрессивного поведения и нозофилий нарушения ранних взаимоотношений «мать — дитя». «Соматогенная мать» интересуется состоянием ребенка только тогда, когда тот болеет и страдает.

Представители бихевиорально-когнитивной психотерапевтической школы подходят к аутоагрессивности и суициду как к формам выученного поведения с социальной трансмиссией, где центральным звеном являются «выученная беспомощность», безнадежность, низкая самооценка и бедная Я-концепция (Seligman M., 1975; Beck A. T. [et al.], 1985). Подобную модель подтверждают частые случаи подражательных суицидов после демонстрации телевизионных сериалов, где главный герой кончает самоубийством (синдром Вертера) (Schmidtke A., Hafner H., 1986). Отечественные исследователи В. С. Ротенберг и В. В. Аршавский (1979) в качестве базы аутоагрессивного поведения называют снижение поисковой активности в угрожающих благополучию ситуациях. Похожая модель в рамках психопатологии и психотерапии психотиков декларируется как пассивность, понимаемая в качестве агрессии, направленной на себя (Schiff J., 1970).

Представители трансакционного анализа (Berne E., 1964; 1972; Steiner C., 1974) указывают на особенную значимость негативного семейного опыта, поставляющего материал для «сценария жизни» по типу саморазрушения. Боб и Мэри Гулдинг (1997) диагностируют у аутоагрессантов, а также лиц, переживающих частые аутохтонные депрессивные эпизоды, подобный сценарий, сердцевиной которого является родительское предписание «Не живи». Предписание «Не живи» может даваться в многочисленных случаях, например

[1] Согласно Меннингеру, суицид становится неотвратимым, если одновременно присутствуют желание убить, желание быть убитым и желание умереть.

при попытке инфантицида, неудачном аборте, смерти матери в родах, суициде одного из родителей и проч. В кризисных ситуациях это предписание актуализируется и реализуется.

Являясь наиболее сильным толчком к принятию человеком решения разрушать себя различным образом, установка «Не живи» изучалась различными группами исследователей и в суицидологии вообще при дефиниции суицидальной наследственности (Ковалевский П. И., 1896; Brooksbank D. J., 1985; Hallstrom T., 1986; Masson D., Collard M., 1987; Rosenfeld D., 1992), и применительно к алкоголизму. Еще в 1907 г. А. М. Коровин нашел, что зажиточные семьи, из которых происходили алкоголики, отличались высокой детской смертностью (129 умерших из 490 родившихся) (Ступин С. С., 1907). В литературе, не относящейся к трансакционному анализу (ТА), потомство больных алкоголизмом — «дети, не имеющие почвы под ногами» — признавалось суицидоопасным (Москаленко В. Д., 2014), а специфический жизненный стиль в алкогольных семьях — ведущим к аутодеструктивному поведению (Knight J. A., 1988). В дисфункциональных семьях, часто встречающихся у больных алкоголизмом, дети живут под знаком родительской неудовлетворенности типа: 1) «Лучше бы тебя у меня не было»; 2) «Я жизнью своей пожертвовала ради тебя»; 3) «Нет, я из-за тебя скоро помру» (Москаленко В. Д., 2014). Установка «Не живи» может быть получена прямо и недвусмысленно, если ребенок выживает на фоне неудавшегося аборта или инфантицида **(**по данным Г. Ф. Колотилина и А. Г. Маклашовой (1998), среди задержанных за инфантицид матерей 60 % злоупотребляли алкоголем**)**, бывает брошенным сразу после родов, если мать или отец кончают жизнь самоубийством или мать приобретает тяжелое расстройство или умирает во время родов, когда негативным образом объясняются трудности при рождении (асфиксия и проч.), если наблюдаются инцест или зверские избиения. Установка «Не живи» может быть получена вербально из уст родителей или значимых взрослых в полушутливой форме «Убила бы тебя за это...» или при прямом пожелании «Чтоб ты сдох». Негативную нагрузку несут постоянные упреки в том, что появление ребенка было компромиссом между обзаведением потомством и, например, карьерой. К невербальным вариантам относится воспитание ребенка в ситуации покинутости, заброшенности, формальности, т. е. в ситуации невербального сообщения о ненужности. Наиболее частой и неблагоприятной причиной этого является рождение ребенка в результате нежелательной беременности.

Нами было предпринято исследование частоты встречаемости программы «Не живи» у больных алкогольной зависимостью с признаками аутоагрессии или без них, при этом мы изучали