

Д.И.ШУСТОВ

АУТОАГРЕССИЯ,
СУИЦИД И
АЛКОГОЛИЗМ

Дмитрий Шустов

Аутоагрессия, суицид и алкоголизм

«Когито-Центр»

Шустов Д. И.

Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов — «Когито-Центр»,

ISBN 5-89353-154-X

Доктор медицинских наук Д. И. Шустов на протяжении ряда лет плодотворно занимается разработкой и внедрением в наркологическую практику терапевтических методов, направленных на прояснение антивитаальных тенденций в психике больных алкоголизмом. Книга «Аутоагрессия, суицид и алкоголизм» содержит статистические данные, раскрывает теоретические подходы к проблеме и дает практические рекомендации клиницистам. Книга будет полезна психологам, медицинским и социальным работникам, сталкивающимся с проявлениями аутоагрессии, суицида и алкоголизма.

ISBN 5-89353-154-X

© Шустов Д. И.
© Когито-Центр

Содержание

Предисловие	6
Глава 1	9
Глава 2	15
Глава 3	23
3.1. Суицидальное аутоагрессивное поведение при алкоголизме	23
3.1.1. Зависимость числа суицидов и насильственной смертности от употребления алкоголя. Суицидальные свойства алкоголя	23
3.1.2. Теории, объясняющие суицидогенность алкоголизма	25
3.1.3. Клиника суицидального поведения при алкоголизме	27
3.2. Алкогольный завершённый суицид	29
3.2.1. Трансакционный анализ	37
3.2.2. К теории завершённого суицида. Сравнительный анализ предсмертных писем суицидентов и парасуицидентов	41
Конец ознакомительного фрагмента.	43

Дмитрий Шустов

Аутоагрессия, суицид и алкоголизм

Автор выражает искреннюю признательность своим учителям – Виктору Ивановичу Григорьеву, Юрию Владимировичу Валентику и Джесси Макнамара, а также жене Светлане за помощь в написании и редактировании книги.

Предисловие

Алкоголизм и связанная с ним повышенная смертность – все более обостряющаяся, тревожная проблема, болезненно значимая для всего мира и для нашей страны (Иванец, 1995; Немцов, 1998). Одной из наиболее трагических ее составляющих является насильственная смертность в результате различного рода аутоагрессивных и агрессивных действий, отравлений и несчастных случаев. В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % у лиц общей популяции, а суицидальная смертность колеблется от 7 до 15 % по самым приблизительным данным наркологического учета (Гольдштейн, 1985; Пелипас и др., 1995). Среди популяции суицидентов доля больных алкоголизмом составляет от 30–43 % до 60 % (Henriksson et al., 1993; Амбрумова и др., 1980), причем наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего возраста (Жариков и др., 1997). Недавние исследования жизненного риска совершения суицида (Inskip et al., 1988) свидетельствуют о том, что при алкоголизме этот риск составляет 7 %, что превышает соответствующий показатель у больных с аффективными расстройствами (6 %) и шизофренией (4 %). Не менее драматичен «вклад» больных алкоголизмом в число смертей от алкоголь-ассоциированной соматической патологии, бытового и производственного травматизма, автодорожных происшествий. По мнению А. Н. Михайлова и В. С. Ротенберга (1990), повышенная смертность мужчин в сравнении со смертностью женщин обусловлена специфическими для этого пола причинами: алкоголизмом и травматизмом.

И хотя картина возникает удручающая, алкоголизм даже академически не рассматривается как потенциально смертельное заболевание с соответствующими профилактическими и терапевтическими подходами, а многочисленные исследования смертельной алкогольной проблематики скорее отражают факторы интоксикации, нежели динамику самого заболевания и личностную аутодеструктивную predisposition.

В пользу существования подобной predisposition у больных алкоголизмом свидетельствует ряд данных. Во-первых, феномен коморбидности высвечивает связь между алкоголизмом и личностной почвой. Аутодеструктивные личностные типы (расстройство личности с самопоражением – DSM-III-R или мазохистическое личностное расстройство – МКБ-X), а также типы, где аутоагрессивность является одним из осевых симптомов (пограничное, зависимое и антисоциальное личностные расстройства – DSM-IV, МКБ-X) нередко сосуществуют с алкоголизмом. Во-вторых, алкоголизм и его прогрессивная динамика способствуют формированию различного рода кризисных ситуаций, из которых в условиях дефицита позитивных выходов всегда есть известное число негативных деструктивных выходов – «скрытых аварийных люков» (Holloway, 1973). К ним относятся: бегство, опустошающая работа, убийство, самоубийство, поведение жертвы и сумасшествие. В условиях кризиса «аварийные люки» способны актуализироваться. Самоубийство как выход из тупиковой жизненной ситуации патогномично для зависимых, антисоциальных и пограничных личностей, т. е. для тех видов личностных девиаций, при которых алкоголизация является формой их адаптивного приспособления. В-третьих, воспитание будущих алкоголиков зачастую происходит в «алкогольных» семьях, так что с самого раннего возраста без какого-либо намека на критику будущие алкоголики «наследуют» родительские деструктивные стереотипы поведения, а также разрушительные и несовместимые с личностной гармонией родительские «послания» относительно их (детей) ненужности и ущербности.

Традиционно к «классическим» проявлениям аутоагрессивности при алкоголизме относят суициды, парасуициды и суицидальные тенденции, самоповреждения и токсические передозировки спиртного (Амбрумова, Чуркин, 1980; Трайнина, 1987). Вместе с тем современное понимание аутоагрессивности как осознанного или неосознанного намеренного неблагопопу-

чия в различных жизненных сферах – соматической, психосоциальной и духовной, а также многочисленные фактические данные, соотносящие различные проявления поведенческой активности больных алкоголизмом (подвержение себя опасности заражения ВИЧ, употребление технических жидкостей и суррогатов, аутоагрессивное манипулирование автотранспортом в состоянии опьянения и проч.) с динамикой суицидного акта, заставляют по-иному взглянуть на феномен аутоагрессивности алкоголизма, проявляющийся в намеренной склонности к различного рода неблагополучию. В этом контексте к настоящему времени остается непроясненным и требующим тщательного изучения ряд вопросов. Так, отсутствует собственно терапевтически-ориентированная теория алкогольной аутоагрессивности, а следовательно, и алгоритм соответствующего психотерапевтического вмешательства. Описания представленности и соотношения несуицидальных аутоагрессивных форм в клинике алкоголизма эклектичны и противоречивы, как, впрочем, и само понимание феноменологии несуицидального аутоагрессивного акта.

Требует подробного изучения и роль алкоголизма как инструмента аутоагрессии. Большинство исследователей выделяют особый суицидогенный тип алкоголизма, например, с ранним началом, базальным серотониновым дефицитом и антисоциальным поведением (Cloninger et al., 1988; Buydens-Branchey et al., 1989), ассаультивный мужской алкоголизм (Berglund, Tunving, 1985) и женский мультиимпульсивный (Evans, Lacey, 1992), предлагают особые условия их наблюдения и диспансеризации, которые, несомненно, оправданны, если учесть повышенный риск фатального суицида в группе парасуицидентов. Но специфика суицидального поведения при алкоголизме состоит, в частности, в том, что большое число больных завершают летально первую попытку самоубийства, не выражая прежде антивитаальных намерений (Mojestin, 1986; Nielsen et al., 1993). Поэтому если практикующий психиатр-нарколог обособляет лишь суицидоопасных пациентов в особую группу, то это приводит не только к признанию факта их плохой курабельности и стимуляции терапевтического нигилизма, но и к недооценке и недодиагностированию других больших групп пациентов, у которых аутоагрессивность представлена пока одним лишь фактом алкоголизации.

Прекращение алкоголизации (в том числе и терапевтически обусловленное) снижает риск повторной суицидальной попытки, однако наиболее распространенные методы лечения алкоголизма не только не затрагивают аутоагрессивной патогенетической основы алкоголизма, но и сами по себе становятся способом реализации психологической программы, направленной на получение увечья или приводящей к смерти.

Сердцевиной лечебных многих методик являются запрет выпивки под страхом смерти (эмоционально-стрессовая психотерапия, «кодирование», имплантация препарата «эспераль», метод аффективной контратрибуции – АКАТ) или формирование на фоне выпивки крайне неприятных психофизиологических ощущений (УРТ – условно-рефлекторная терапия алкоголизма, алкоголь-антабусные реакции, гипнотерапия). Однако эти методики «опосредованной психотерапии»,¹ широкодоступные, легкие в применении, никоим образом не касаются хронических психических травм и аутоагрессивной мотивации алкоголизма. Зачастую они лишают человека адаптивного варианта поведения – алкоголизации, ничего не предоставляя взамен. В момент кризиса или стресса, когда активизируется наиболее употребимый больными алкоголизмом выход через самоубийство, алкогольный эксцесс на фоне неснятого «кода» или имплантированного препарата может представлять вариант завуалированного, а иногда и вполне осознанного суицида. Вместе с «кодом» и запретом больному алкоголизмом – потенци-

¹ «Опосредованная психотерапия предполагает использование сугубо запретительных формулировок, вырабатывающих у пациентов опасения неминуемых тяжелых расстройств здоровья, вплоть до смертельного исхода, в случае употребления ими алкоголя <...>. Несмотря на такой „негуманный“, на первый взгляд, способ добиться подавления влечения и обеспечить длительное воздержание от алкоголя за счет страха его употребления, пациенты охотно идут на эти методы, не рассчитывая на собственные возможности» (Энтин и др., 1995).

альному самоубийце вручается средство достижения быстрой смерти, продолжительных страданий и шантажа родственников. Поэтому нам представляется важным разработка и широкое внедрение в наркологическую практику дополнительных терапевтических методов и подходов, направленных на прояснение антивитальных тенденций в психике больных алкоголизмом, применяемых с учетом клинического полиморфизма аутодеструктивных форм поведения.

Список сокращений

БА – больные алкоголизмом

ТА– транзакционный анализ

ААС – алкогольный абстинентный синдром

АП – аутоагрессивное поведение

ХА – хронический алкоголизм

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 представляет ему уникальные возможности не верить в собственную физическую и духовную смерть – *иллюзию бессмертия* (Ламонт, 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 том, что суицид противоестествен и требует превенции, а человек, совершивший его и выживший, должен быть подвергнут, следовательно, 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 (заразительность суицида или синдром 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 самоубийств. Не «почему?» и «зачем?», а «что позволяло этому человеку жить так долго?» Что сломалось в психике, что превратило малозначимую причину («почему?») в существенную, почему близкие приобрели новое нерадостное знание о мире («зачем?»)?

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 (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 (Агазде, 1987, 1989). Аутоагрессивность пронизывает все сферы человеческой жизнедеятельности, являясь, по сути, полномочным представителем Ее Величества Смерти. К ее «клиническим» формам можно отнести выбор рискованных специальностей (летчик-истребитель, водолаз или гонщик), биопсихологические пристрастия – болезни зависимости (переедание, дипсо-нарко-химио-табако-мании), психологическую склонность к получению травм и увечий, постоянную вовлеченность в несчастные случаи (один пациент дважды оказывался в рейсовом автобусе, когда тот переворачивался во время движения), психологию жертвы – акцепцию насилия. Можно выделить мягкие и крайние формы аутодеструктивности. Первые – социально приемлемы (любые формы культурного пьянства), вторые – социально неодобряемые (выхodka психопата и удар лезвием по собственному запястью), третьи – социально непонятны (суицид шизофреника или больного с депрессией), четвертые – социально неприемлемы (самоубийство психически и физически здорового человека).

Соматический темп смерти детерминируется генетическими программами (Roy, 1986), регулирующими продолжительность жизни вообще; психический темп также программируется психологически (например, жертвы сексуальных злоупотреблений в детстве не чувствуют ценности своего тела, как и дети родителей-самоубийц, рожденные жертвы неудавшегося аборта и др.). Существуют и биопсихологические программы, в соответствии с которыми разрушение тела «разрешается» и обосновывается генетически, например, при наследственной болезни Леха-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 смещения биологического и психологического. В одних случаях аутодеструктивные формы очевидны, например, при суициде, в других – завуалированы, «заморожены» 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 детальнее и полнее, чем в возрасте тридцати лет. Возможно, самоубийство или самоистребление может быть естественным с точки зрения сверхвысокого темпа смерти, если исходить из того, что «целью всякой жизни является смерть» (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 оспаривания факт, что все живущее вследствие внутренних причин, умирает, возвращаясь к неорганическому, то мы можем сказать: целью всякой жизни является смерть...» (Фрейд, 1990, с. 405).²

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, 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, включает антидеструктивный паттерн. Этот паттерн может заключаться для животных и детей в неосознаваемости смерти. Взрослый выдерживает эту «травму осознания», прибегая ко 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 достаёт 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 «перестоят» своих создателей), исторического (пишут книги или довольствуются славой Герострата). В то же время существует еще один чисто человеческий, нравственный континуум. Смысл его: в моральной жизни сегодня обрести вечную жизнь. Моральный аспект во многом, если не во всем, соответствует религиозному аспекту (в том числе и неприятию самоубийства), где сам смысл моральной жизни (упорядоченной, нравственной жизни, противоположной животной, чисто биологической жизни) теряется, если отсутствует конечное райское вознаграждение. В сознании внешне нерелигиозных людей [которые, по мнению ряда психологов и философов,

² «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).

с готовностью станут верующими, чуть только получают необходимые доказательства (Джемс, 1992)] этическая суть всех великих религий трансформируются в общечеловеческие ценности или идеалы. Ценностный ореол в определенные периоды жизни соответствует аутодеструктивности в той пропорции, например, в которой отрезанный палец толстовского отца Сергия соответствует повреждению его моральной оболочки. 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 стать обедом для льва, но, не будучи фантастом или сказочником, вряд ли кто допустит, что антилопе известен высший экологический смысл ее существования, смысл населенной саванны в ее целостности и красоте.

Согласно концепции трихонического строения человеческой личности, человек определяется носителем «соматического, психического и духовного» (рисунок 1). Каждая из этих составляющих может представить в распоряжения человека способы и основания для выживания.

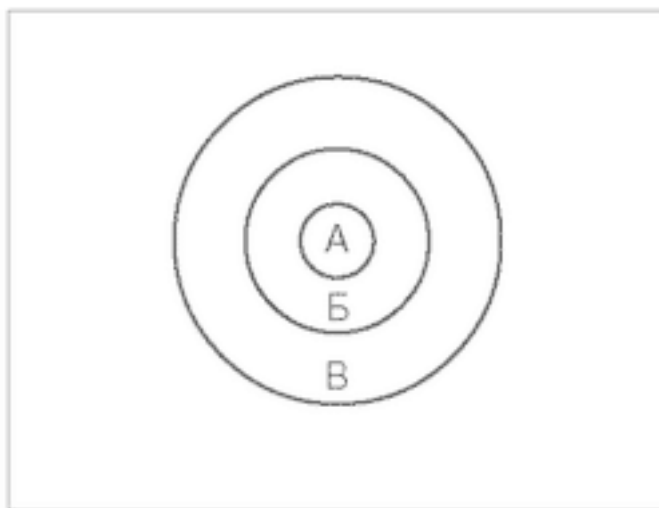


Рис. 1. Диаграмма сфер выживания: А – соматическая оболочка; Б – психологическая оболочка; В – духовная оболочка

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 (невротические – «комплекс физической неполноценности», дисморфофобические и психотические дисморфоманические) феномены отождествления себя с физическим телом.

Психическая или психологическая сфера выживания в данном случае включает страх смерти, боязнь умирания (страх атрибутов умирания) и боязнь 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, 1984) – или: «Мы живем так, как будто не умрем, и не смущаемся смертью других. Может быть, это не самообман, а верное чувство?» (Зубов, 1992).

Связаны с иллюзией бессмертия 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, 1924), отсутствие эквивалентов определений смерти в человеческом языке (Моуди, 1998). Подобную направленность человеческого мышления отмечал еще Бенедикт Спиноза, утверждая, что свободный человек ни о чем так мало не думает, как о смерти, и его мудрость состоит в размышлении не о смерти, а о жизни (Спиноза, 1957, с. 576).

Не менее важный инструмент для выживания представляет сублиматорная человеческая активность, а именно то ощущение самооценности (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. — Д. Ш.). 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, 1912).

Духовная или ценностная сфера выживания представляет 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; по словам Вильяма Джемса (1992), «для огромного большинства людей белой расы религия означает прежде всего бессмертие и, пожалуй, ничего больше. Бог есть создатель бессмертия» (Джемс, 1992, с. 416). Идея Бога как «более ответственного Нечто», нежели человек (Судаков, 1966), позволяет человеку быть стабильным в контексте неодинокости и приобрести смысл индивидуального существования. Смысл существования в аспекте духовного бессмертия имеет истинную витальную ценность в процессе выполнения задачи, поставленной перед Человеком (Фромм, 1990).

В ряде случаев наличие «просто» реинкарнационного менталитета могло бы способствовать суициду как способу бегства в иную, более правильную и справедливую жизнь.³ Однако необходимость моральной жизни, когда «деятельность души в этом мире определяет ее положение в мире грядущем» (См.: Гроф, Галифакс, 1995), служит существенным сдерживающим сознательную аутоагрессию 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, 1980). Поэтому одним из основополагающих нравственных установлений явилось приравнение самоубийства к греху, сравнение суицида с убийством существа, принадлежащего Богу. «Бог

³ 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, 1992; Тищенко, 1992). 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» не есть решение духовного, но биологического существа (см.: Судаков, 1992).

создал жизнь и лишь один он может взять ее» (Блаженный Августин. «Город Божий». Цит. по: Hillman, 1993). Можно предположить, что в различные возрастные периоды значимость систем выживания будет неодинаковой. На рисунке 2 мы попытались графически отобразить их соотношение у гипотетического человека в детстве, зрелом возрасте и старости.

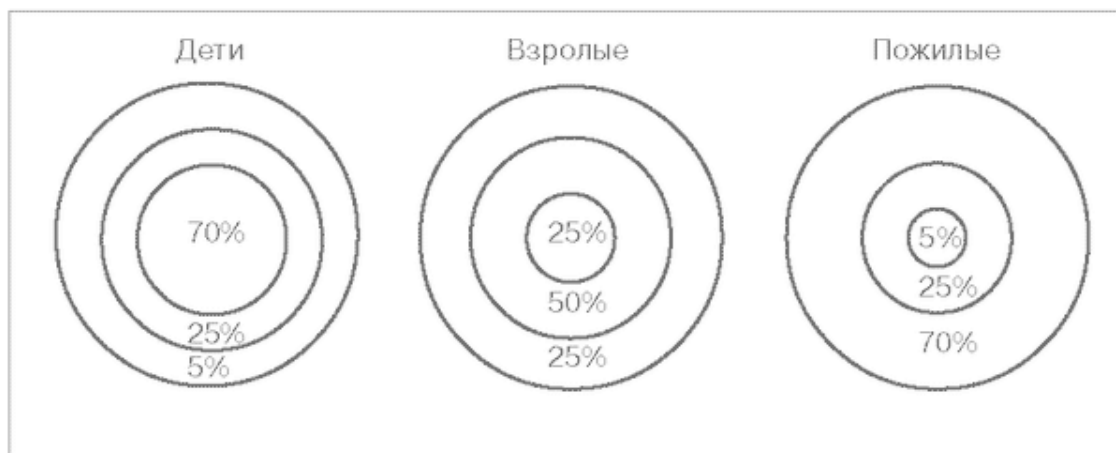


Рис. 2. Системы выживания в зависимости от возраста

Основная сфера выживания детей – соматическая, она заключается в процессе динамически развивающейся живой материи, требующей непрерывного поступления пищи и кислорода. Психологические системы представлены страхом темноты (нерационализированным страхом одиночества и смерти) и инстинктом бессмертия, равном в этом возрасте инстинкту самосохранения. Моральные системы выражены наименее и 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), когда определяющим суицидальным чувством становится чувство стыда. 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 совершаются при крахе сублиматорных механизмов (профессиональной или семейной неудаче), творческом бессилии или в кризисные периоды жизни, связанные с переоценкой прожитого, одиночеством. Человек убеждается в конечности своего существования, бесперспективности сегодняшней своей деятельности по отношению к вечности, испытывает острое чувство одиночества, так называемое «обнаженное существование» или «голый ужас» (Бинсвангер, 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 (война, катастрофа) приводят к прямой аутоагрессии (фатальный суицид) либо косвенной (криминальное или рискованное поведение).

В старости иллюзия бессмертия особенно слаба. Однако моральная оболочка или система ценностей способствует выживанию стариков. Особенно опасными в связи с этим становятся ситуации смены кредо, взглядов или мировоззрения, т. е. своеобразного отнятия 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 отдельности. В этой связи суицид может быть соматическим (в милицейских отчетах в этом случае отмечается, 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; суицидент проиграл в карты зарплату предприятия). Все указанные в скобках трудности – не значимы сами по себе как универсальные причины самоубийства и могут наблюдаться у огромного большинства людей, как и любые другие причины. 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, основная работа по предупреждению самоубийств может быть основана на профилактические, направленной на укрепление сфер выживания у попадающих в поле зрения врача потенциальных суицидентов. Поверхностные причины суицидов заложены в многообразии проявлений человеческой жизни и бороться с ними можно лишь в очень ограниченном объеме.

В-третьих, один из наиболее цельных и естественных для *Homo moralis* способов превенции смерти – это работа с ценностной оболочкой индивида. Подмечено, что идеи Бога и греха, совести и вины особенно целительны для человека, прикоснувшегося к ним в процессе своего ментального развития, может быть, когда психологические основания жизни исчерпаны. Это 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, 1990б).

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, направленной на причинение себе вреда в физической и психической сферах (Агазаде, 1987, 1989), в научной медицинской (психиатрической и психологической) литературе изучается с нескольких позиций: биологической, клинко-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 Жилия де ля Туретта (Robertson, Eapen, van-de-Wetering, 1995). Самоповреждения и суицидальные акты на фоне базального дефицита серотонина нередко 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 (больной расцарапывает себя, бьется головой о стену), корригируемый блокаторами катехоламинов и дофамина – нейролептиками. По мнению некоторых авторов (Mann et al., 1986; Mann, 1987), высокий риск аутоагрессии и суицида имеют люди с наследственно низкими уровнями 5-оксииндолуксусной кислоты в спинно-мозговой жидкости, а также со снижением пресинаптической серотонин-2– и β –адренергической активности. Подтверждением 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 (Mann, 1987; Jick, Dean, Jick, 1995). Вместе с тем другие авторы (Akiskal, McKinney, 1973) указывают, что различные стрессовые факторы, вызывая характерные для депрессии биохимические изменения, приводят к АП и суициду независимо от имеющейся генетической предрасположенности.

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

Ряд исследований посвящен выявлению связи суицидального поведения с соматической патологией, особенно в старческом возрасте (Erlemeier, 1988; Bron, 1989). Агамирзоев и Султанов (1987) считают, что решающую роль при старческих суицидах, играет не физическое страдание само по себе, а изменение отношения человека к возможности выздоровления и бесперспективная картина будущего.

Среди конкретных нозологических форм, имеющих в клинике повышенную представленность аутоагрессивной составляющей, называют язвенную болезнь (Амбрумова, Руженков, 1997; Hawton, 1987), сосудистую патологию – гипертоническую болезнь и атеросклероз (Бровина, Кутько, 1991; Stenager et al., 1992). Несколько иные мотивы – мотивы безысходности – лежат в основе аутоагрессивных актов у пациентов онкологических клиник и боль-

ных ВИЧ-инфекцией (Бажин, Гнездилов, 1983; Hawton, 1987). Клагсбрун (Klagsbrun, 1984), помимо больных алкоголизмом и наркоманией, выявляет аутоагрессивное поведение у пациентов с почечной недостаточностью, которые избегают диализа, с ювенильным диабетом, которые «забывают» делать инъекции инсулина, больных миастенией, которые не хотят пользоваться автоматическими приспособлениями для передвижения, а также у эмзематиков, продолжающих курить. В основе подобных поведенческих форм он видит грандиозность и нарциссизм, при которых «Я – выше опасности!»

В клинике психических болезней аутоагрессивные тенденции представлены наиболее разнообразно и изучаются в рамках различных нозологических форм (Прозоров, 1915; Цупрун, 1986; Лапицкий, Ваулин, 1997). Наибольшее число работ посвящено изучению суицидальной активности при психической патологии. По мнению Хендина (Hendin, 1989), самоубийства совершает минимальное число людей, не имеющих психиатрического диагноза. Есть сведения о 87 % летальных суицидов, совершенных лицами с психической патологией (Пелипас, 1970), и даже о 90 % (Isacsson, Bergman, Rich, 1996). Высокий риск суицидов и связанное с этим снижение продолжительности жизни на 20 % отмечают у больных шизофренией (Мельтцер, Фатеми, 1996; Fujimori, Sakaguchi, 1986). При шизофрении выявлены тяжелые самоповреждения, совершенные в основном по бредовым мотивам или под воздействием императивных галлюцинаций, такие, как перерезание горла, ампутация конечностей или ушей, самоизбиения, кожные ранения, самосжигание, ампутация половых органов и молочных желез, самоповреждения глаз (Coons, Ascher-Svanum, Bellis, 1986; Rogers, Pullen, 1987). Отметим, что самоослепление некоторыми авторами (Rogers, Pullen, 1987) признается эквивалентом самокастрации и суицида. У больных эпилепсией риск суицида в 4–5 раз выше, чем в общей популяции, возрастая в 25 раз у больных с височной локализацией очага (Barraclough, 1987). Значительное количество исследований посвящено суицидальному поведению при аффективных психозах – эндогенных, органических, позднего возраста (Шамиев, 1988; Khan et al., 1993; Lester, 1993), а также при реактивных, маскированных и ситуационных депрессиях, депрессивных и ситуационных реакциях (Конончук, 1983, 1990; Амбрумова, Вроно, 1985; Рутц, 1995; Войцех, Скибина, Паршин, 1998), различного рода личностной патологии (Личко, 1983; Ситченко, 1991; Casey, 1989). Наблюдается 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 (например, несчастный случай). Диагностические критерии данного личностного расстройства подтверждаются далеко не всеми клиницистами, поэтому пользоваться ими в широкой медицинской практике следует с определенными оговорками. По этой причине они не вошли в основную часть известных психиатрических классификаций (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-X), хотя в большинстве своем они входят в критерии зависимых и пассивно-агрессивных расстройств личности (Каплан, Сэдок, 1994). Помимо указанных личностей, высокий аутоагрессивный потенциал в сравнении с общей популяцией демонстрируют так называемые пограничные личности (Ozsvath, 1990).

С точки зрения личностной синдромологии (а не нозологии) описываются специфические аутоагрессивные симптомокомплексы, которые могут встречаться в клинике эндогенных психозов, невротических и психопатий. К ним относят синдром нервной анорексии, при которой смертность выше, чем в общей популяции и популяции психически больных (Sullivan, 1995), некоторые криминалистические синдромы – «опосредованное самоубийство», когда лицо совершает тяжкое преступление в надежде на смертельный приговор суда (Пелипас, 1970), поведение жертвы (Karptman, 1968; Sansonnet-Hayden et al., 1987), изучаемое в разделе виктимологии криминальной психологии, симулятивное поведение в условиях ограни-

чения свободы (демонстративные и манипулятивные самоповреждения), некоторые психосоматические синдромы, связанные с переживанием хронического болевого синдрома (Харди, 1988; Cole, 1993), хирургическая и стоматологическая «наркомания» и синдром Мюнхгаузена (Харди, 1988), синдром булимии и некоторые формы дромомании (Андрезиня, Сынева, 1998). Многие авторы 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, относительно молодого возраста, с низкими интеллектуальными способностями, анти-социальным поведением, психическими отклонениями и частыми депрессивными эпизодами (Конечный, Боухал, 1983). Аутоагрессивный компонент содержится в подростковых реакциях имитации и присоединения (Личко, 1983; Попов, 1994), в поведении жертв сексуального и физического насилия (Stone, 1993), а также у лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами (Davidson et al., 1991) и нетрадиционным сексуальным поведением (Irwin, 1993). 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 неактивность (пассивность) (Kannet 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, с детским и демонстративным поведением, суицидальную активность, заканчивающуюся нежелательной смертью; б) самоубийство в обычном смысле слова и самопожертвование без идейных причин (для получения страховки); в) самопожертвование по идейным соображениям. К суицидальной активности, не закончившейся смертью, эти авторы относят а) действительные суицидальные попытки (парасуициды); б) тревожную и «нажимную» целенаправленную суицидальную активность.

Заслуживают внимания работы Н. В. Агазаде (1987, 1989), автор призывает изучать суицидальные феномены без отрыва от других форм аутоагрессивности, поскольку между отдельными разновидностями аутоагрессивного поведения существует причинно обусловленная взаимосвязь и прослеживаются 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 и 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 (см.: Рязанцев, 1994) рассматривают аутоагрессивное поведение и суицид как феномены, изначально присутствующие психике (Stillion, McDowell, 1996), как бессознательную враждебную направленность на интроецированный любовный объект. Причины суицида и аутоагрессивного поведения выводятся из коллапса защитных механизмов при недостатке копингового поведения (Ozsvath, 1990), поломки механизмов Супер-Эго на фоне длительного внутриличностного конфликта с

регрессией и фиксацией на ранних стадиях психосексуального развития. Все разновидности аутоагрессивного поведения имеют две общие составляющие: (1) они используют энергию от раскогласования Эроса и Танатоса, где (2) Танатос «берет верх», как, например, в случаях ауто-эротических асфиксий – трагических попыток самоудушения, предпринятых с целью переживания ощущений оргазма (Молин, 1996). Внутренняя направленность Танатоса психодинамически расценивается как «убийство, повернутое на 180 градусов» (Menninger, 1938), как проявление некрофильных агрессивных и аутоагрессивных тенденций (Фромм, 1994), а также как актуализация мазохистических переживаний. Карен Хорни (1993) приводит современную мотивационную основу аутоагрессивности, определяя функции мазохистического страдания в виде: (1) прямой защиты, когда мазохист посредством самобичевания избегает обвинений, а принижаясь – избегает соперничества (суицид по типу «избегания»); (2) способа достижения желаемого: страдание и беспомощность для него – мощные средства получения любви, помощи и контроля (впоследствии Шнейдман и Фарбероу обозначили данный вид поведения как «крик о помощи»); (3) 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 (Platt, 1993), при которых центральными звеньями являются «выученная беспомощность», безнадежность, низкая самооценка и бедная «Я-концепция» (Seligman, 1975; Beck et al., 1985). Подобную модель подтверждают частые случаи подражательных суицидов после демонстрации телевизионных сериалов, где главный герой кончает самоубийством («Синдром Вертера») (Schmidtke, Hafner, 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 определяется как «пассивность» – агрессия, направленная на себя (Schiff, Schiff, 1971).

Представители транзакционного анализа (Berne, 1988, 1990; Steiner, 1974; Stewart, Joines, 1987) указывают на особенную значимость негативного семейного опыта, поставляющего материал для «сценария жизни» по типу саморазрушения. Боб и Мери Гулдинг (1997) диагностируют подобный сценарий у аутоагрессантов, а также у лиц, переживающих частые аутохтонные депрессивные эпизоды; его сердцевиной является родительское предписание «Не живи!» Предписание «Не живи!» может даваться в ряде случаев, например, при попытке инфантицида, неудачном аборте, смерти матери в родах, суициде одного из родителей и проч. В кризисных ситуациях это предписание актуализируется и реализуется.

Как наиболее сильный толчок к принятию человеком решения разрушить себя различными способами установка «Не живи!» изучалась при дефиниции суицидальной наследственности (Ковалевский, 1896; Brooksbank, 1985; Hallstrom, 1986; Masson, Collard, 1987; Rosenfeld, 1992) в связи с алкоголизмом. 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, 1907). В литературе, не относящейся к ТА, потомство больных алкоголизмом – «дети, не имеющие почвы под ногами» (Силард, 1987), – признавалось суицидоопасным (Москаленко, Гунько, 1993; Москаленко, 1994), а специфический жизненный стиль в алкогольных семьях – ведущим к аутодеструктивному поведению (Knight, 1988). В дисфункциональных семьях, часто встречающихся у больных алкоголизмом, дети живут под знаком родительской неудовлетворенности: 1) «Лучше бы тебя у меня не было», 2) «Я жизнью своей пожертвовала ради тебя» и 3) «Нет, я из-за тебя скоро помру» (Москаленко, 1991). 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.), наблюдается инцест или зверское избиение. 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: «Что б ты сдох». Негативную нагрузку несут постоянные упреки ребенка в том, что его появление было компромиссом между обзаведением потомством и, например, карьерой. К невербальным вариантам относится воспитание ребенка в ситуации заброшенности, 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 алкоголизмом с или без признаков аутоагрессии, мы изучали структуру программы «Не живи!» у больных алкоголизмом и больных иными психическими расстройствами. В соответствии с поставленными целями и методом полуструктурированного интервью в терапевтической ситуации (методика проведения интервью будет дана ниже) было обследовано 135 больных алкоголизмом (1-я группа); было также обследовано 25 человек такого же возраста, не страдающих алкоголизмом представителей общей популяции (2-я группа); и 24 человека с различными психиатрическими диагнозами, находящихся на психотерапевтическом амбулаторном лечении по поводу суицидальных мыслей или совершенной суицидальной попытки (3-я группа).

Моменты получения послания «Не живи!», несмотря на их раннее проявление, обычно легко вспоминались в беседе с пациентами основной группы, так как в свое время являлись для них экстремальными и наиболее запоминающимися. 80 % больных алкоголизмом смогли оценить свою желанность или нежеланность для родителей, 60 % были знакомы с ситуацией, связанной с рождением, протеканием родов, различными неблагоприятными и осложнениями. Подчеркнем особую значимость интерпретации события рождения именно пациентами, а не их родственниками, поскольку формальное наличие ситуации «Не живи!» еще не означает ее будущей витальной патогенности вследствие ее принятия пациентом во внутриличностный план. Так, оживленный мертворожденный пациент может расценивать жизнь деструктивно – как «подарок, словно в насмешку» либо, наоборот, считать себя счастливчиком, которому крупно повезло. Поэтому особенно важно диагностировать контекст, т. е. быть с пациентом не в исследовательской, а в терапевтической ситуации. Существует и немногочисленная группа пациентов, у которых данное послание глубоко вытеснено из сознательной сферы и о наличии послания можно лишь догадываться по фактам аутоагрессии и спонтанно возникающим, не вытекающим из ситуации чувствам депрессии, вины и стыда.

Программа «Не живи!» в той или иной форме была выявлена у больных алкоголизмом в $45 \pm 4,28$ % случаев, тогда как в контрольной группе (2-я группа) – только в $21,7 \pm 8,6$ % случаев ($P < 0,02$). Внутри группы больных алкоголизмом программа «Не живи!» диагностировалась следующим образом: в подгруппе парасуицидентов ($n=23$) – в $95,6 \pm 4,3$ % случаев; в подгруппе имеющих суицидальные мысли и самоповреждения ($n=36$) – $38,8 \pm 8,1$ % случаев ($P < 0,001$); в подгруппе больных алкоголизмом без признаков классической аутоагрессии ($n=76$) – $34 \pm 5,43$ % случаев ($P < 0,0001$ в сравнении с парасуицидентами). Таким образом, количество пациентов с программой «Не живи!» возрастает параллельно диагностированию наиболее опасных форм аутоагрессивного поведения.

В таблице 1 приведены данные о частоте встречаемости различных вариантов установки «Не живи!» в группе больных алкоголизмом.

Таблица 1

Структура установки «Не живи!» у больных алкоголизмом

Виды установки «Не живи!», %	Парасуициденты n=22	Пациенты с суицидальными мыслями и самоповреждениями n=14	Пациенты без признаков классической аутоагрессии n=25
1) Нежеланность при рождении	18	28,5	16
2) Суицид ближайших родственников	13,6	14	12
3) Искалеченная мать	9	14,3	12
4) Брошенность	9	—*	16±7,3*
5) Патология родов и тяжелые заболевания новорожденного	9	7	16
6) Семейный сценарий трагической смерти	4,5	14,3	4
7) Комплекс «Сальвадора Дали»	9	7	4
8) Мнимая смерть	—	7	12
9) Подверженность физическому насилию в детстве	13,6	7	4
10) Попытка аборта	9	—	—
11) Суицид 3 друзей детства	—	—	4
12) Нет данных	4,5	—	4

Примечания: А. * – $P < 0,05$; Б. (3) – комплекс формируется у ребенка, когда он соотносит свое рождение с гибелью матери в родах или с получением ею увечья вследствие родов; (4) – имеется в виду формирование комплекса «брошенного» – воспитание в неполной семье, в условиях детского дома, у небιологических родителей и т. д.; (6) – когда в семье активно обсуждаются трагические смерти близких, как «злой рок», довлеющие над семьей; (7) – когда ребенка называют именем умершего старшего брата или сестры, как было у художника Сальвадора Дали, или когда его называют в честь трагически умершего родственника; (8) – комплекс замечен нами, когда родители в течение какого-то времени относились к ребенку как: а) к умершему (ситуация реанимации с преждевременным оплакиванием); б) как к ребенку, который должен неминуемо умереть вследствие «смертельного» заболевания (подробнее см. гл. 4.2); (11) – специфический случай.

Как следует из таблицы 1, статистически значимые различия в структуре установки «Не живи!» касались только «брошенности». Заметим также, что наиболее травмирующие формы программы – «попытка аборта» и «физическое насилие» – встречались преимущественно у лиц, совершивших парасуициды.

Для того чтобы определить возможную специфичность программы «Не живи!» у больных алкоголизмом, мы сравнили эту группу пациентов с 3-й группой суицидоопасных лиц,

не больных алкоголизмом, проходивших амбулаторную психотерапию на кафедре психиатрии. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2

**Структура установки «Не живи!» у больных
алкоголизмом в сравнении с амбулаторными пациентами
психиатрической клиники с суицидальным риском**

Виды установки «Не живи!», %	БА (n=61)	Амбулатор- ные пациен- ты не БА (n=24)	P<
Суицид родственников	13±4,3	16,6±7,6	0,01
Нежеланность рождения *	19,6±5	4±4	
Комплекс «Сальвадора Дали»	6,5±3,1	4±4	
Семейный сценарий трагической смерти	6,5 ±3,1	12,5±6,7	
Брошенность	9,8±3,8	12,5±6,7	
Искалеченная мать	11,5±4,1	4±4	
Патология родов и тяжелые заболевания новорожденного	9,8±3,8	4±4	
Мнимая смерть*	6,5±3,1	–	0,01
Насилие в детстве	6,5±3,1	4±4	
Попытка аборта	3,3±2,3	–	
Смерть от суицида 3 друзей детства	1,6±1,6	–	
Ситуации, связанные с психотическими эпизодами	–	8,3±5,6	0,06
Холодная мать	–	12,5±6,7	
Нет данных	3,3±2,3	16,6±7,6	

Как следует из таблицы 2, представленность установки «Не живи!» достаточно разнообразна как в основной, так и контрольной группе. У больных алкоголизмом статистически чаще диагностировались «нежеланность при рождении» и «мнимая смерть», тогда как в контрольной группе – чаще специфические предписания, связанные с шизофренической патологией.

Человек, воспитанный в семье, вместе с навыками жизни получает и навыки умирания. Зачастую эти навыки отражают родительские представления о смерти, а также и о желаемом, словно бы «семейном» способе смерти. Не всегда предпочтительные способы проговариваются, поскольку сама тема смерти табуируется и избегается (Арбес, 1992); во многом предки и родители демонстрируют ребенку сценарий ухода, причем не всегда связанный с естественными причинами. Вместе с тем ребенку предлагается сделать выбор, например, между естественной или трагической смертью. Каким будет этот выбор, зависит и от экзистенциальной позиции самого ребенка, причем нужность, законность и желанность его существования имеют определяющее значение.

Результаты настоящего исследования показывают, что программа «Не живи!», предопределяющая негативный жизненный выбор, обнаружена у значительного числа больных алкоголизмом в сравнении с людьми без патологического влечения к алкоголю. Частота обнаружения этой программы возрастает у пациентов с классическим аутоагрессивным поведением (парасуициды, суицидальные мысли и тенденции, самоповреждения), что дает основания предполагать ее последующую связь с аутоагрессией. Обращает на себя внимание и факт наличия данной программы у каждого третьего больного алкоголизмом без маркеров суицидального риска. По-видимому, реализация программы у данной категории больных может идти через рискованное, связанное с получением травм и увечий поведение, а также осуществляться через «неожиданный» фатальный суицид.

Наш опыт диагностики установки «Не живи!» свидетельствует о том, что в отличие, например, от большинства психиатрических пациентов (3-я группа) больные алкоголизмом в ранний постинтоксикационный период (до 2 недель после последнего употребления алкоголя) демонстрируют особенную актуальность установки «Не живи!», которая легко выявляется в процессе беседы, однако не соотносится в сознании больных с источником их настоящего проблемного поведения. В этом контексте установка «Не живи!» может быть мишенью психотерапии, где в качестве неотложной терапии возможна интенсивная эмпатическая работа по принятию и разделению негативных чувств зависимости, вины и стыда. В ходе становления терапевтического альянса психотерапия может быть направлена на осознание программы и ее когнитивную проработку с формированием новых (или акцентированием уже имеющихся, но неостребованных) позитивных жизнеутверждающих установок.

Глава 3

Суицидальное и несуицидальное аутоагрессивное поведение при алкоголизме

*«Хочу утиться так,
чтобы из моей могилы
шел винный запах милый».*
(Омар Хайям)

3.1. Суицидальное аутоагрессивное поведение при алкоголизме

3.1.1. Зависимость числа суицидов и насильственной смертности от употребления алкоголя. Суицидальные свойства алкоголя

Проблема связи потребления алкоголя и самоубийств чрезвычайно актуальна на сегодняшний день. Наиболее яркие и доказательны работы, показывающие динамику числа самоубийств в зависимости от среднедушевого потребления алкоголя. В свое время Дюркгейм (Durkheim, 1897) не отметил однозначной связи между среднедушевым потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и суицидами во Франции. Норстром (Norstrom, 1988) приходит к выводу, что влияние алкоголя не стоит переоценивать на примере Дании и Франции, где высокий уровень алкоголизации не коррелирует с уровнем самоубийств. Однако тот же автор указывает на существование такой зависимости в Швеции и считает, что смертность от цирроза, несчастных случаев и самоубийств могла бы быть в половину меньшей при уменьшении потребления алкоголя на 25 % в общей популяции или на 36 % в среде тяжело пьющих (Norstrom, 1995, 1995a). В США рост числа суицидов коррелировал с ростом продажи крепких спиртных напитков, но не вина и пива (Gruenewald et al., 1995). При увеличении потребления алкоголя per capita на 1 л повышается на 1,9 % число суицидов среди мужчин в Португалии, что соответствует ситуации в Дании и Франции, но не в Норвегии, Швеции и Венгрии (Skog et al., 1995), тогда как подобная закономерность в Норвегии в большей степени характерна для женщин (Rossow, 1995). В Канаде число суицидов коррелирует с увеличением или падением среднедушевого потребления алкоголя, что опять же в большей степени отражает особенности женских суицидов (Smart, Mann, 1990). Венгрию как страну с максимально высоким числом самоубийств нельзя отнести к лидерам алкогольного потребления, и все же венгерские авторы отмечают значительную долю алкоголизации в суицидальном феномене их страны (Силард, 1987; Левендел, 1994).

В России наиболее показательной и значимой эта зависимость была в 1985–1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС и, по-видимому, в той или иной степени выраженности существовала всегда (Лебедев, 1896; Бехтерев, 1912; Федотов, 1977; Столяров и др., 1990), когда пьющие русские люди, по словам М. Я. Магазинера (1837), «при угрызениях совести, обнаруживающихся непомерно грустными и мрачными мыслями», кончают жизнь самоубийством. А. В. Немцов и А. К. Нечаев (1991), изучая статистику этого периода, установили интересные закономерности, касающиеся снижения насильственной смертности

(убийства, самоубийства, отравления различными веществами, включая алкоголь, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи) при снижении потребления алкоголя на 25 %. С 1984 по 1986 г. смертность от самоубийств снизилась более чем на одну треть (в абсолютных цифрах с 81 тыс. человек до 53 тыс.), что, несомненно, произошло под влиянием мер, направленных на ограничение торговли спиртными напитками (Амбрумова, Постовалова, 1991). В 1987–1992 гг. происходил рост потребления алкоголя и вместе с тем увеличение насильственной смертности и снижение продолжительности жизни населения (Немцов, Симонова, 1995). А. В. Немцов и А. К. Нечаев (1991) указывают, что существует некий оптимальный уровень потребления алкоголя в популяции – проявления потребности изменить свое психическое состояние, достичь эйфории или успокоения, своеобразной потребности в наркотизации. За это время зарегистрировано двукратное увеличение насильственной смертности вследствие отравления лекарственными веществами (доминировали транквилизаторы) при отсутствии алкоголя. В то же время отмечается значительная частота приема алкоголя при суициде, по данным разных авторов, от 50 до 65,5 % (Frances, Franklin, Flavin, 1987; Амбрумова и др., 1980; Suokas, Lonnqvist, 1995). Влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидоденно для соматически ослабленных, для подростков и женщин, лиц, пребывающих в стрессовых ситуациях, при всех вариантах социально-психологической дезадаптации (Амбрумова, Чуркин, 1980). Выявлена (Амбрумова, Тихоненко, 1981) «катализирующая» роль простого алкогольного опьянения. Алкоголь снимает витальный страх и контроль, а состояние опьянения облегчает задуманный суицид, когда сама выпивка выступает в виде символического акта прощания с жизнью. Прием алкоголя повышает агрессивность, конфликтность и демонстративность, что может актуализировать возникшие ранее суицидальные мысли и вести к попытке суицида. В структуре влияния алкоголя на настроение вместе с эйфоризацией отмечаются нарастание тревожности и появление депрессивных расстройств даже у неалкоголиков (Schukit, 1983) при одновременной легкости возникновения различных аффективных и импульсивных реакций, в том числе на незначительное психогенное воздействие (Амбрумова, Чуркин, 1980). Прямой зависимости между тяжестью аутоагрессивных расстройств и концентрацией алкоголя в крови не существует (Амбрумова, Чуркин, 1980); чаще обнаруживается средняя и слабая степень опьянения (Амбрумова, Тихоненко, 1981; Молин, 1996), высокие степени содержания этанола в крови коррелировали с мужским полом и молодым возрастом (Suokas, Lonnqvist, 1995), гораздо реже наблюдались сверхвысокие и даже смертельные дозы, прием которых был вызван не стремлением подавить тревогу и страх, а стремлением к самоистязанию, свойственным больным алкоголизмом (Кашинский, 1988). Обнаружение сверхвысоких доз этанола в крови суицидентов, больных алкоголизмом, значимо коррелировало с чертами психической хрупкости и сенситивности, в то время как у больных алкоголизмом с дисфорическими расстройствами алкоголь в крови не был найден (Berglund et al., 1987). Авторы полагают, что связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом нуждается в дополнительном изучении.

В популяции больных хроническим алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в общей популяции, а суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете составила от 7 до 15,6 % (Гольдштейн, 1985; Пелипас и др., 1995). По данным зарубежных авторов, частота страдающих алкоголизмом в популяции суицидентов составляет от 6 до 30 %, суицидальные попытки встречаются у 18 %, а завершённые суициды у 7 % больных алкоголизмом (Wanke, Taschner, 1985). По риску суицидальной смерти на протяжении жизни больных алкоголизмом можно сравнить лишь с группой больных депрессиями, их число составляет 7 % (Inskip, Harris, Barraclough, 1988) по специальным исследованиям жизненного риска. В России процент больных ХА среди общей популяции суицидентов определяли в пределах 5,8 % (Амбрумова и др., 1980) и 15 % (Молин, 1996), при том, однако, что этот процент устанавливался не методом психологической аутопсии (Shneidman,

1981), принятым в подобного рода зарубежных исследованиях, а подсчитывался из числа лиц, состоявших на наркологическом учете. Так, Хенрикссон с соавт. (Henriksson et al., 1993) обнаружили алкогольную зависимость и злоупотребление в 43 % случаев самоубийств. А. Г. Амбрумова с соавт. (1980) справедливо отмечали несовершенство имеющегося учета больных ХА еще в 1980-е годы. Они определили, что 60 % умерших от самоубийств и почти 40 % покушавшихся постоянно злоупотребляли алкоголем в течение по крайней мере последнего года, предшествовавшего суициду.

А. Г. Амбрумова с соавт. (1980) определяют два возрастных пика завершенного алкогольного суицида – между 30–39, а также 40–49 годами, что соответствует данным И. М. Елисеева (1981). Е. Г. Трайнина (1983) сообщает о пиках покушений на суицид у больных алкоголизмом, пришедших на возраст 21–30 лет и 50–55 лет. Та к или иначе с увеличением длительности течения алкоголизма снижается удельный вес насильственных смертей и самоубийств (Красильников и др., 1984), что связывается со снижением критической способности мышления оценить всю глубину физического и морального падения у больных с энцефалопатической стадией алкоголизма и деградацией личности (Елисеев, 1981); среди суицидентов преобладают больные во II стадии заболевания (Жариков и др., 1997). Алкогольное завершенное самоубийство – это в значительной мере самоубийство мужчин среднего возраста. Повышенная же смертность больных алкоголизмом, особенно в молодом возрасте, определяется развитием у них «рискованного модуса поведения» (Пелипас и др., 1995).

Отмечают значимость алкогольных психозов и состояния алкогольного абстинентного синдрома при совершении суицидов больными алкоголизмом (Блейлер, 1993; Качаев, Попов, 1973; Амбрумова, Чуркин, 1980). В.П. Коваленко (1986) пишет, что у больных в состоянии абстиненции наблюдается депрессивная симптоматика с наличием идей самообвинения и самоуничтожения, чувства «социально-биологической вины» и морального краха. Этот автор не придает особого значения приему алкоголя как ускорителю суицидальной попытки. Лица, перенесшие алкогольный психоз, умирают в 2 раза чаще от суицидов, что обусловлено более выраженным нарушением социально-психологической адаптации личности (Красильников и др., 1984) и, возможно, превалированием стремления к отделению от значимых объектов, к освобождению себя от внешних привязанностей с дефицитом зрелых контактных отношений (Бузик, 1998).

Больные алкоголизмом женщины с аутоагрессивным поведением значительно чаще, чем мужчины, совершают парасуициды и реже завершенные суициды. Они имеют более низкий социально-экономический статус (Roy et al., 1990), их деструктивное поведение имеет более четкую связь с повышением или понижением среднечеловеческого потребления алкоголя, они значительно чаще используют малые транквилизаторы и другие психоактивные вещества, с помощью которых и совершают попытки суицида. Число женских суицидов значимо уменьшается при ограничении выписки транквилизаторов, а также внедрении новых эффективных форм лечения алкоголизма и вовлечения их в группы Анонимных Алкоголиков (Blankfield, 1989; Smart, Mann, 1990). Милграм (Milgram, 1990) отмечает, что тяжело пьющие женщины относительно чаще, чем мужчины, становятся жертвами несчастных случаев, приобретают цирроз печени, онкологическую и сердечно-сосудистую патологию.

3.1.2. Теории, объясняющие суицидогенность алкоголизма

Алкоголизм как хронический суицид. Суицид есть наиболее крайнее проявление саморазрушающего поведения и аутоагрессивности – своеобразного личностного расстройства (Каплан, Седок, 1994), проявляющегося в стремлении нанесения себе вреда в различных сферах, в том числе в физической. В основе саморазрушающего поведения лежат подавленная агрессивность (собственно аутоагрессивность), попытка показать состояние беспомощности

невербальными средствами при дефиците коммуникации (Polding, 1989), а также деструктивный поведенческий паттерн – уход, бегство (концепция «аварийных люков») от жизненных проблем в состоянии безысходности (Boyd, 1986; Попов, 1994). Алкоголизация и последующая зависимость представляют уникально удобную форму реализации подобного типа личностных установок, так что в 1938 г. Меннингер (Menninger, 1938) отнес алкоголизм к форме хронического самоубийства. Алкогольная зависимость, по его мнению, является одной из форм самоуничтожения и характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность (Menninger, 1938). Росссоу (Rossow, 1995) прямо указывает на алкоголизм и самоубийство как на два альтернативных выбора. Помро с соавт. (1997) считают, что аутоагрессант отчаянно борется с депрессией и тревогой, травмируя свое тело (насилие) и мысль (токсическая кома), решая проблемы путем «психического растворения или физического исчезновения».

Особый тип алкоголизма. Имеется в виду существование особого суицидогенного типа алкоголизма с ранним началом и высокой прогрессивностью. Так, Клонингер с соавт. (Cloninger et al., 1988) описали два независимо наследуемых типа алкоголизма. Первый тип развивается после 25 лет с особой тропностью к анксиолитическому действию алкоголя и быстрым формированием психической зависимости к этому действию. У пациентов этого типа снижена базальная норадренергическая активность, а преморбидным фоном выступают тревожно-депрессивные личностные акцентуации. Второй тип алкоголизма развивается до 25 лет у антисоциальных и импульсивных личностей, склонных к агрессии, психически зависимых от эйфоризирующего действия алкоголя, имеющих низкое содержание метаболитов серотонина и дофамина в спинномозговой жидкости, он наиболее суицидоопасен. Байденс-Бранчи с соавт. (Buoydens-Branchey et al., 1989a, б) также определяют тип алкоголизма с ранним началом (до 20 лет) злоупотребления спиртными напитками, имеющий базальный серотониновый дефицит, который может проявляться в повышении потребления алкоголя и уязвимости дестабилизирующими факторами. У этой группы пациентов значительно чаще родители страдали алкоголизмом, в 2 раза чаще регистрировались эпизоды криминального физического насилия, в 3 раза чаще – эпизоды депрессии и в 4 раза чаще – суицидальные попытки. Чафетц выделил также 2 группы больных алкоголизмом: а) реактивные или невротичные (относительно нормальный преморбид), и б) аддиктивные (клинико-анамнестические данные указывают на частое депрессивное реагирование, оральную фиксацию и нарушения взаимоотношений с матерью), поведение которых всегда расценивается как саморазрушительное (Немчин, Цыцарев, 1989). При высокопрогрессивном алкоголизме, выделенном в соответствии с клиническими критериями (скорость формирования абстинентного синдрома) и преморбидными личностными характеристиками, парасуицидальное поведение наблюдалось чаще, чем при алкоголизме с мало- и среднепрогрессивным течением (Шустов, 1992).

Особый тип преморбидной личности. Большинство авторов находят у больных алкоголизмом суицидентов антисоциальное личностное расстройство (Whiters et al., 1987), антисоциальное поведение с неустойчивостью настроения и психопатизацией (Schukit, 1985, 1986), тогда как в общей популяции суицидентов чаще ставились диагнозы пограничного личностного расстройства (Henriksson et al., 1993). Берглунд и Тунвинг (Berglund, Tunving, 1985) описывают так называемых ассаультивных алкоголиков – повышенно конфликтных, склонных к агрессивности и правонарушениям, которые предпринимали значительное число суицидов и страдали тяжелыми интоксикациями. Их смерть чаще была связана с алкоголизацией в сравнении с больными алкоголизмом контрольной группы. Н. Е. Бачериков и П. Т. Згонников (1989) отмечают высокое суицидогенное значение алкоголизации у акцентуированных и психопатических личностей, личностей с невротизацией, психопато- и неврозоподобной симптоматикой органического генеза, а также с пограничной умственной отсталостью. В основе личности

больных алкоголизмом лежит стремление к саморазрушению, возникшее в раннем детстве в результате заброшенности или плохого отношения родителей (Levinson, 1986). Все исследователи отмечали первичность личностных расстройств по отношению к алкоголизму.

Алкоголизм и депрессия. Ряд исследователей обнаруживают определенную биологическую связь между депрессиями и алкоголизмом (Нуллер и др., 1981), анализируя показатели дексаметазонового теста (Буров и др., 1987). А. Б. Смулевич (2000) считает, что алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем. Феноменологически алкогольная депрессия по своим проявлениям чаще всего напоминает картину неглубокой невротической депрессии, однако в некоторых случаях, особенно в период абстиненции, наблюдаются и более тяжелые аффективные расстройства, соответствующие критериям большого депрессивного эпизода. Росс с соавт. (Ross et al., 1988) диагностируют аффективные (33,7 %) и тревожные (39,1 %) расстройства у больных алкоголизмом. Хроническое алкогольное потребление способствует снижению настроения и ведет к суицидальному поведению (Madden, 1993). Биро с соавт. (Biro et al., 1991) осмотрели 330 госпитализированных больных алкоголизмом, 41 % из которых имели отчетливые суицидальные тенденции, причем эти пациенты достоверно чаще проявляли депрессивные психологические тестовые характеристики. Хенрикссон с соавт. (Henriksson et al., 1993) нашли, что среди умерших суицидентов с алкогольной зависимостью 22 % имели большую депрессию и 26 % – неспецифическую депрессию. В США многие лица, страдающие алкоголизмом и совершившие суицид, были депрессивными во время госпитализации, до 2/3 из них имели расстройства настроения в период совершения суицида (Крыжановская, 2000). Фрэнсис с соавт. (Frances et al., 1987) указывают на повышенный риск суицида у больных алкоголизмом с аффективной патологией и приводят следующую интегративную модель алкогольных суицидов: 1) внутренние или внешние причины, ведущие к выпивке, 2) ожидание облегчения напряжения, 3) последующее ухудшение настроения, 4) амнезия того, что депрессия может пройти в трезвом виде, 5) усиление чувства вины и понижение самооценки, что в будущем ведет к финальному результату – суициду.

3.1.3. Клиника суицидального поведения при алкоголизме

Мэйфилд и Монтгомери (Mayfield, Montgomery, 1972) выделили два клинических типа самоубийства алкоголиков: абреактивные попытки – внезапные, на фоне выпивки и психогении, они аналогичны «преступлениям страсти», аффектам, продуцирующим диссоциативный статус, который приводит к агрессии и аутоагрессии; а также на фоне интоксикационной депрессии, часто спустя 2 недели после запоя. Последний вариант чаще приводит к летальным исходам (Frances, Franklin, Flavin, 1987; Robinson, 1989).

Е. Г. Трайнина (1983, 1987) считает, что суицидальное поведение наркологических больных определяется различным сочетанием трех суицидогенных факторов (типом вторичной психопатизации, выраженностью влечения к алкоголю или наркотику, особенностями микросоциального конфликта). Так, она различает истинные суицидальные попытки, которые совершаются больными депрессивного типа с малой выраженностью влечения и высокой личностной значимостью психогении; демонстративно-шантажное суицидальное поведение, определяющееся у эмоционально-неустойчивых личностей с Obsessive влечением и локализацией внутреннего конфликта в сфере актуальной наркоманической потребности при малозначимости внешнего конфликта; импульсивные попытки у дисфориков с compulsive влечением, локализацией внутреннего конфликта в сфере актуальной наркоманической потребности при запускающей роли внешнего микросоциального конфликта.

В работе Р. П. Каневец (1992) к клиническим факторам суицидального риска отнесены астено-депрессивный и дисфорический вариант абстиненции, алкогольная депрессия, соматическая отягощенность и злокачественное течение алкоголизма.

Предикторы летальности аутоагрессивного акта. Правильная предикция фатальности суицидального акта позволяет строить психокоррекционную работу максимально эффективно. Наиболее перспективным в этом направлении является изучение теории безнадежности («негативного отношения к будущему») (Beck et al., 1985; 1989) – своего рода «ключа к предрасположенности к суицидальным действиям» (Miller et al., 1991). Безнадежность могла быть значимым предиктором завершенности суицида у психиатрических пациентов, госпитализированных с суицидальными намерениями. В своем длительном катамнестическом исследовании в 1989 г. Бек с соавт. сравнивали алкогольных парасуицидентов и суицидентов, завершивших суицид летально, по 27 характеристикам. Только по «шкале суицидальных намерений» – SIS (субшкале предосторожности) – было найдено значимое отличие: суициденты с большей предусмотрительностью выбирали места для самоубийства, чтобы не быть обнаруженными и не получить помощь. Нильсен с соавт. (Nielsen et al., 1993) установили, что корреляции между суицидальными намерениями и летальностью попытки были, по-видимому, только у пациентов без диагноза алкогольной зависимости; те больные алкоголизмом, которые совершали высоколетальные попытки, имели низкие оценки по SIS. Авторы обращают внимание на тот факт, что зависимые от алкоголя могут особенно не желать умереть и вместе с тем иметь высокий риск фатальной попытки. В настоящее время только мужской пол может быть высокосignимым предиктором летальности.

3.2. Алкогольный завершённый суицид

Нами исследовался массив 80 % завершённых суицидов в Рязанской области. Исследование проводилось путем анализа 256 материалов уголовных дел, возбужденных органами МВД по факту самоубийства и впоследствии закрытых за отсутствием состава преступления (так называемые «отказные дела»).

Методологический прием ретроспективного восстановления событий на основе анализа материала, относящегося к самоубийству, носит название метода «психологической аутопсии» (Shneidman, 1981). Подобного рода работа проводилась ранее А. Г. Амбрумовой с соавт. (1981) по выделенным ими собственным критериям, включающим социальнодемографические показатели, нозологическую трактовку, причины и мотивы самоубийств и проч.

Уголовное дело заводилось после сообщения о суициде гражданами или медицинским учреждением. Следовал выезд на место происшествия, где производилось подробное и детальное описание местоположения трупа и его внешнего вида. Далее документировались показания близких покойного и свидетелей. Обычно уголовное дело завершал акт судебно-медицинского исследования трупа со стандартным описанием хода и результатов вскрытия. Если покойным были оставлены предсмертные письма, то подлинники их приобщались к делу.

Мы анализировали завершённые суициды по следующим группам факторов:

1) социально-демографическим (район проживания, возраст, профессия, пол, семейное положение, наличие или отсутствие детей);

2) клинико-нозологическим (предположительный диагноз психического расстройства, способ совершения суицида, месяц, день недели и время суток, наличие предсмертного письма, признаки опьянения или абстинентного синдрома, наличие алкоголя в крови и моче, степень опьянения, предполагаемая причина суицида и его мотив, наличие аутоагрессии в анамнезе, наличие фактора одиночества);

3) соматическим – по результатам вскрытия и свидетельским показаниям (проведение вскрытия, характер питания, соматическая отягощенность, состояние органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мозга, органов выделения, состояние надпочечников как косвенный показатель стрессовой реакции, степень атеросклероза, степень развития «висцерального» алкоголизма, наличие следов оперативных вмешательств, ожогов, отморожений и травм). К патологоанатомическим критериям хронического алкоголизма мы относили: жировой гепатоз, фиброз и цирроз печени, индуративный панкреатит с калькулезом или кистозной дегенерацией, эрозивный гастрит и эзофагит, фиброз мягких мозговых оболочек, атрофию коры головного мозга при расширении желудочков, следы перенесенных травм, ожогов, костных переломов, отморожений (Угрюмов, 1992). Отметим, что большинство патологоанатомических исследований трупов проводилось в центральной медико-судебной лаборатории областного центра, а оценка результатов по актам вскрытий выполнялась совместно с патологоанатомом (кандидатом медицинских наук И. В. Васиным).

Связь завершённых суицидов с алкоголизмом устанавливалась на основании содержащихся в делах показаний родственников, близких суициденту лиц, соседей, указывавших либо на эпизоды продолжительного запойного пьянства, либо на ярко выраженные симптомы алкогольного абстинентного синдрома, либо на факт наблюдения и лечения у нарколога или в психиатрической больнице по поводу алкоголизма (зачастую эти факты подтверждались справками соответствующих учреждений), либо на факт перенесенного алкогольного психоза или эпизода зрительных галлюцинаций после запоя. Дополнительными, но не основными критериями причисления того или иного случая к «алкогольной» группе служили указания на интенсивное пьянство, проблемы в семье и на производстве, связанные с потреблением алкоголя.

В таблице 3 приведены различия между основной (алкогольной) и контрольной (неалкогольной) группами суицидентов по социальнодемографическим факторам.

Таблица 3

Сравнение групп «алкогольных» и «неалкогольных» суицидентов по социально-демографическим критериям

Показатели, %	Алкоголики	Неалкоголики	Достоверность P<
Мужской пол	94±2,07	79,7±3,48	0,01
Женский пол	5,6±2,06	20,0±3,48	0,01
Возраст 20–24 л.	0,8±0,8	6,7±2,17	0,01
Возраст 25–29 л.	9,6±2,65	3,7±1,65	0,05
Возраст 45–49 л.	15±3,23	6±2,05	0,01
Возраст 65–69 л.	3,2±1,58	8,3±2,39	0,06
Возраст > 70 л.	3,2±1,58	12±2,8	0,05
Безработный	27,4±4	11,4±2,75	0,01
Пенсионер	12±4	22,7±3,64	0,05
Разведен	13±3,03	5,3±1,96	0,05
Вдовец	1,6±1,1	7,6±2,3	0,05

Как следует из таблицы 3, больные алкоголизмом женщины достоверно реже совершают летальные суициды, чем женщины, не больные алкоголизмом и мужчины-алкоголики. По профессиональному и образовательному статусам достоверных различий между группами не имеется. В то же время среди алкоголиков достоверно больше безработных (и неработающих) и меньше вышедших на пенсию, что объясняется возрастанием количества суицидов в контрольной группе по мере старения.

Возрастные данные, представленные графически (рисунок 3), обнаруживают три типичных пика завершеного алкогольного суицида, соответствующие 25–29 годам, 36–39 годам (максимальный пик) и 45–49 годам.

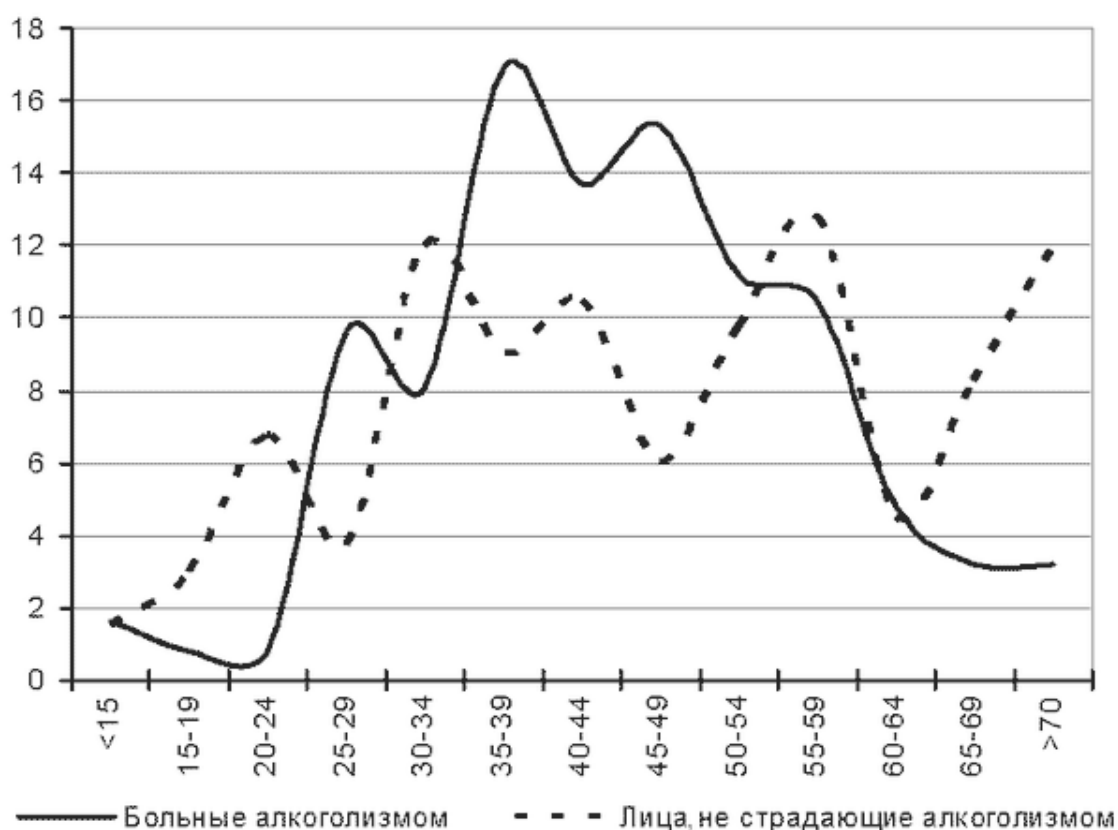


Рис. 3. Зависимость числа завершённых суицидов от возраста больных алкоголизмом и контрольной группы

В контрольной группе «пики» фатальной суицидальной активности располагаются более равномерно и соответствуют 30–34 годам, достигая максимума в 55–59 лет; данная кривая имеет тенденцию к возрастанию в послепенсионный период. Подобное возрастное распределение фатальных суицидов соответствует национальным статистическим данным. Фактор супружеской разлуки оказался более значим для алкоголиков, нежели для общей популяции. В контрольной группе наиболее патогенным для мужчин пожилого возраста оказался фактор вдовства. Срок семейной жизни и фактор «наличия или отсутствия детей» достоверно не различались в исследованных группах.

Итак, среди социодемографических показателей наиболее значимыми, характеризующими алкогольный завершённый суицид являются следующие: мужской пол, средний (трудоспособный) возраст, безработица и развод. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об особой социальной значимости суицидологических исследований в наркологии.

Больные алкоголизмом женщины, как и женщины в общей популяции, реже, чем мужчины, совершают фатальные суициды, тогда как их парасуицидальная активность выше. Относительно меньшее количество женщин, больных алкоголизмом и фатально завершивших суицид, по сравнению с женщинами контрольной группы, возможно, объясняется меньшим распространением алкоголизма среди женского населения.

По мнению многих зарубежных исследователей, фактор развода особенно значим для алкогольного суицида, что нашло подтверждение при исследовании алкогольной популяции в России. Заметим, что фактор формального одиночества (не связанного с уходом супруга) не связан со спецификой алкогольного суицида.

Фактор безработицы статистически достоверно характеризовал алкогольную группу суицидентов, будучи вообще-то известным фактором риска и для общей популяции. Возможно, алкогольная специфика этого фактора станет яснее при изложении последующего материала, относящегося к направлениям аутоагрессивности при алкоголизме.

В таблице 4 приведена нозологическая характеристика нашего контингента суицидентов.

Таблица 4

Нозологическая характеристика контингента суицидентов

Диагноз	Представленность в %
Отсутствует	38,4
Алкоголизм	48
Шизофрения	4
Старческие психозы	1,1
Неуточненное заболевание	5
Наркомания	0,4
Психопатия	0,4
Аффективные расстройства	1,9

О критериях выделения алкогольной группы было сказано выше. Другие психопатологические группы выделялись методом психологической аутопсии по следующим критериям, приведенным в порядке убывания их значимости: верифицированное заключение специалиста или медицинского учреждения, выданное по просьбе следственных органов; факт лечения у психиатра с указанием диагноза, известного близким суицидента; факт инвалидности по психическому заболеванию (6,8 %); психопатологическая картина, описанная в материалах дела медиками общего профиля (терапевт, медицинская сестра) и свидетелями, долгое время знавшими умершего; фактор возраста для инволюционной патологии.

Как следует из таблицы 2, 38,4 % всех суицидентов не выказывали признаков психической патологии. Достоверность данных, полученных методом психологической аутопсии, сомнительна, поскольку только наиболее яркие случаи попадали в поле зрения следственных органов. Этим объясняется невысокая представленность диагнозов аффективных и личностных расстройств. С другой стороны, факт наличия психического расстройства имел определяющее объяснительное значение для органов МВД и позволял быстро завершить следственные мероприятия и закрыть дело.

В таблице 5 приведены данные, касающиеся факта алкогольного опьянения у больных алкоголизмом и в контрольной группе. Установление этого факта базировалось на следующих критериях, расположенных в порядке убывания их значимости: нахождение алкоголя в крови и (или) моче инструментальным методом в ходе вскрытия; указания судебно-медицинских экспертов на наличие алкоголя в желудке и других органах, определенное органолептически (соответствующая запись в акте судебно-медицинского вскрытия); указания на факт выпивки в предсмертной записке; указания прямых свидетелей на предшествующий самоубийству прием алкоголя.

Таблица 5**Определение состояния опьянения у суицидентов**

Показатель, %	Алкоголики	Контрольная группа	P <
Отсутствие опьянения	34,1±4,28	71,2±3,9	0,005
Наличие опьянения	47,9±4,5	28,8±3,9	0,01

Таким образом, в группе алкоголиков достоверно часто суициденты выпивали перед фатальной попыткой, тогда как в контрольной группе алкоголь не употребляли. 22 алкоголика (17,8 %) совершили самоубийство на фоне алкогольного абстинентного синдрома, причем 8 человек из них (6,5 % от всех алкоголиков) совершили самоубийство в состоянии алкогольного психоза.

Интересно, что при определении степени алкогольного опьянения инструментальным методом при аутопсии суициденты указанных групп не различались. Тяжелая, смертельная степень опьянения была диагностирована лишь у одного суицидента из контрольной группы. Эти данные подтверждают мнение о неиспользовании алкоголя как средства самоубийства даже больными алкоголизмом.

В таблице 6 приведены данные, характеризующие суицид с формальной стороны – его способ, время, место.

Таблица 6

Формальные характеристики суицида в исследованных группах

Показатель, %	Алкоголики	Контрольная группа	P <
Место суицида			
Казенное	1,6	6	0,05
Нежилая часть дома	33,6	23	0,06
Время: утро, 6–11 часов	21	14,4	0,08
Время: вечер, 18–22 часов	13	19	–
Месяц март	10,6	3,8	0,05
Число: 19	7,3	1,5	0,05
День недели: понедельник	24	15	0,06
День недели: среда	12,4	22,4	0,05
Способы			
Самоповешение	91,8	83,3	
Отравление	3,25	6,8	
Самострел	3,25	4,54	
Самопорез	1,6	1,5	
Самоподжог	–	1,5	
Падение с высоты	–	2,27	
Парасуицид в анамнезе	16,9	12,12	
Суицидальные мысли в анамнезе	33	31	
Не было суицидальных тенденций в анамнезе	47,5	56,8	

Как следует из таблицы 6, наиболее распространенным способом совершения суицида в обеих группах было самоповешение. Несколько реже в группе больных алкоголизмом встречалось отравление химическими веществами, а также имела тенденция к ограниченному использованию способов ухода из жизни.

Примерно половина суицидентов имела аутоагрессивный анамнез (суицидальные попытки, высказанные вслух мысли и угрозы), о которых родственники сообщили следственным органам: 16,9 % в группе больных алкоголизмом и 12 % лиц из контрольной группы совершали попытки суицида ранее.

Больные алкоголизмом достоверно реже совершали суициды в общественных местах (больница, рабочее место, камера следствия), а также обнаруживали более выраженное стремление совершить суицид в нежилой части дома или квартиры и, наоборот, реже – стремление к совершению суицида под открытым небом (сад, лесополоса). Только 30 % суицидентов пользовались для суицида местами, которые члены семьи активно посещали (гостиная, спальня). В этом контексте заслуживают внимания действия родственников, которые не всегда можно назвать рациональными, когда по обнаружению труп в жилой части дома или квартиры они перетаскивали тело в нежилую часть, а уже затем сообщали о происшедшем.

Что касается времени совершения суицида, то у больных алкоголизмом определяется тенденция предпринимать попытку самоубийства в утренние часы, что, возможно, связано с

особенностями заболевания, а именно – алкогольной депрессией и абстинентным синдромом, наиболее выраженными именно в утренние часы, в момент, когда алкоголь недоступен. Отметим, что только у одного больного алкоголизмом описание психического состояния, на фоне которого произошел суицид, было расценено нами как описание тяжелого депрессивного эпизода.

В нашей выборке фатальным для алкоголиков явилось 19 число месяца, месяц – март, день недели – понедельник, тогда как на месяц июнь и день недели среду, приходилась наименьшая суицидальная активность.

В таблице 7 приведены данные, касающиеся причин и поводов трагического события, а также их связи с алкогольной проблематикой.

Таблица 7

**Причины и поводы завершенных суицидов, их связь с
алкогольной проблематикой и антисуицидальными системами**

Показатель, %	Алкоголики	Контрольная группа	P <
Причина не установлена	4	24	0,001
Незначимая причина	73,4	40,6	0,001
Значимая причина	22,6	35	0,05
Не связана с алкогольной проблематикой	4	85	0,0001
Связана с алкогольной проблематикой	33,8	12	0,01
Связана исключительно с алкогольной проблематикой	50	2,2	0,005
Суицид на фоне психической болезни (не алкоголизма)	9,7	21,3	0,05
Суицид без всякого фона	43,5	26,3	0,05
Преимущественно страдающая психологическая антисуицидальная система	60	33,3	0,01
Преимущественно страдающая ценностная антисуицидальная система	0,8	6	0,05

Как следует из приведенной таблицы, в ряде случаев причина суицида не была установлена: суицид носил неожиданный характер, у родственников, свидетелей или представителей органов МВД не было какой-либо убедительной гипотезы случившегося. Подобная картина была чаще зафиксирована в контрольной группе.

«Незначимая» причина достоверно чаще встречалась у алкоголиков, тогда как причины социально-приемлемые и «понятные» (психическая болезнь, тяжелое соматическое заболевание и связанные с ним страдания, старость, одиночество и ощущение ненужности), чаще сопутствовали суицидам в контрольной группе.

Что касается связи причины суицида с потреблением алкоголя, то она достоверно чаще отмечена в группе алкоголиков – у 5 человек, или 4,03 %, из этой группы против 85,7 % лиц контрольной группы такой связи не было выявлено. У большинства суицидентов алкогольной группы не было отмечено какого-либо фона неблагополучия, связанного с причиной суицида, и эта причина целиком вытекала из клинических особенностей алкоголизма. С другой стороны, психическая болезнь неалкогольной этиологии создавала в контрольной группе определенный фон.

Алкогольная болезнь делает достаточно условными всякие попытки сравнения «причины – мотива – повода» алкогольного и неалкогольного контингентов. Это связано с тем, что структура алкоголизма выступает и как глубинный фон неблагополучия, и как мотив, связанный с перипетиями клиники (отсутствие опохмеляющей дозы или развитие депрессии), и как разрешающий «фактор последней капли» (Бехтерев, 1912) (факт принятия алкоголя перед смертью). В контексте этих рассуждений мы сгруппировали материал, учитывая антисуицидальные системы (см. гл. 1 – системы выживания). При этом для больных алкоголизмом оказалась наиболее значимой «патология» в психологической сфере, а наименее значимой – ценностная сфера.

Интересен факт отсутствия патологии соматической сферы у алкоголиков, несмотря на то, что этиловый алкоголь как метаболический яд вызывает известные тяжелые органические поражения.

В таблице 8 приведены данные, характеризующие контингент фатального суицида с точки зрения соматического состояния.

Таблица 8

Сравнительная характеристика соматического статуса суицидентов

Показатель, %	Число	Алко- го- лики, %	Число	Контро- льная группа, %	P <
Наличие аутопсии	90	73	95	71	
Пониженное питание	9	8,6	1	0,9	0,01
Удовлетворительное питание	60	57	63	58	
Повышенное питание	1	0,9	2	1,8	
Соматически здоровы	45	49,29	60	56,2	
Хронический бронхит	7	7,7	9	9	
Гипертоническая болезнь	6	6,6	2	2	
Признаки хронической ИБС	7	7,7	9	9	
Хронический гепатит	1	0,9	2	2	
Склероз, отек мозговой оболочки	3	3,3	1	0,9	
Висцеральный алкоголизм — нет	57(71)	80	69(73)	94	
Висцеральный алкоголизм умеренно выражен	10(71)	14,08	3 (73)	4	0,05

Таблица 8 демонстрирует, что 49,29 % больных алкоголизмом и 56 % лиц контрольной группы были признаны здоровыми в соматическом отношении людьми. Только 12,67 % алко-

голиков и 5,49 % лиц контрольной группы имели хронические заболевания. Двое больных алкоголизмом имели тяжелые онкологические заболевания. Обращает на себя внимание некоторое преобладание больных гипертонической болезнью в группе алкоголиков и больных ИБС в контрольной группе (возможно, в связи с возрастом). Не было найдено различий между группами и по заболеваниям желудочно-кишечного тракта и степени развития атеросклероза.

Сообщения ряда авторов (см., напр.: Амбрумова, Руженков, 1997) о наличии язвенной болезни как факторе риска аутоагрессивного поведения характеризуют в большей степени феномен парасуицида, нежели завершенного суицида. Только при оценке комплекса изменений по критерию «висцеральный алкоголизм» было отмечено статистически достоверное отличие между группами («висцеральный алкоголизм» умеренной степени выраженности). Обращает на себя внимание и статистически достоверное преобладание лиц с пониженным питанием в группе больных алкоголизмом, что косвенно отражает социальный состав этой группы.

Таким образом, характеризуя феномен завершенного суицида, в частности, у больных алкоголизмом, следует отметить высокую частоту трагической смертности соматически здоровых людей. Еще в 1898 г. Платен («Психология больного») отмечал как характерную черту хронически больных людей, что «даже наиболее нетерпеливые... покоряются своей судьбе, и самоубийства при хронических болезнях встречаются сравнительно редко». Автор объяснял это тем, что болезнь заставляет человека усиленно заботиться о себе: человек привыкает постоянно оберегать себя, и самоубийство в таком случае совершенно неожиданно, противоречит всем приобретенным в течение долгой болезни привычкам.

3.2.1. Трансакционный анализ

В качестве базовой философской психотерапевтической школы нами был выбран трансакционный анализ (ТА) как одна из эффективных терапевтических и объяснительных моделей современной психотерапии.

ТА как система психотерапии для личностного роста и личностных изменений стала известна широкой общественности после выхода знаменитой книги Эрика Берна «Игры, в которые играют люди» («Games people play», 1964). В представлении Берна ТА отличается оригинальное понимание структуры личности и ее функционального выражения в каждый отдельный момент времени (принцип эго-состояний «Родитель – Взрослый – Ребенок» см. рисунок 4), оригинальное понимание структурирования человеком длительных временных отрезков (понятия времяпрепровождения, работы, манипуляционных игр и сценариев жизни), а также внедрение в практику эффективной формы взаимодействия «терапевт—клиент», названной контрактным методом («контракт на изменение»).

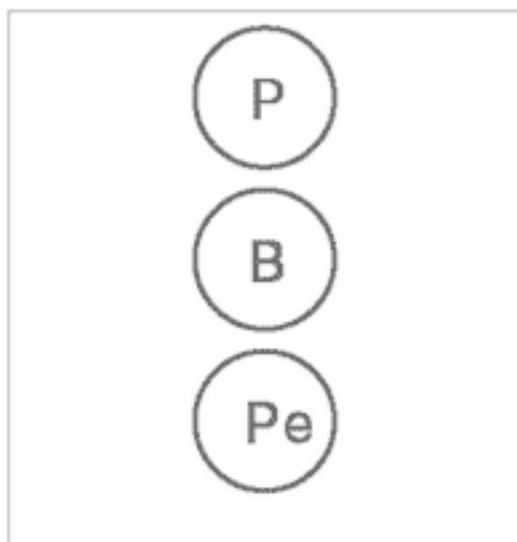


Рис. 4. Эгограмма Э.Берна

Р – эго-состояние Родителя
В – эго-состояние Взрослого
Ре – эго-состояние Ребенка

В настоящее время ТА развивается в рамках трех больших психотерапевтических школ (Stewart, Joines, 1987). Одна из них – «классическая школа» Берна. Психотерапия проводится преимущественно в группах в форме «терапевтического обучения» с последовательным использованием структурного, функционального анализов, анализов транзакций, игр и сценариев для достижения личностной автономии при условии изменения клиентом проблемного поведения. В широком смысле – на первых этапах это когнитивная психотерапия, ориентированная на достижение интеллектуальных озарений – «инсайтов», когда терапевт и клиент «разговаривают» на одном, понятном тому и другому, а потому исключаящем двойные толкования языке ТА. С точки зрения классической школы, важная роль отводится умению терапевта давать клиенту новые Родительские послания. При этом, как считает Патрисия Кроссман (Crossman, 1966), психотерапевт должен уметь давать клиенту столь сильные «разрешения», что они способны перекрывать послания биологических родителей клиента. Чтобы сделать это, терапевт должен быть в глазах клиента более сильной фигурой, чем его Родители, а также быть способным обеспечить клиенту защиту в том случае, если он будет чувствовать дискомфорт или дистресс, отказываясь под влиянием терапевта следовать Родительским предписаниям. Подобный подход подвергся критике со стороны некоторых терапевтов (Holloway, 1974) на том основании, что клиент, получая новое Родительское разрешение, «носит терапевта в кармане», а значит, он не свободен в своем выборе, который можно было бы достигнуть путем перерешения, когда клиент может решить начать «новую жизнь».

Другая школа – «школа перерешения» (Goulging, Goulging, 1979), синтезировавшая теорию ТА и практику гештальт-терапии Фредерика Перлза. Авторы этого направления Роберт и Мэри Гулдинг считают, что решения, искажающие развитие, принимаются в раннем детском возрасте и закладываются в виде негативных предписаний в эго-состояние Ребенка в большей степени под влиянием эмоций, чем мышления. Вследствие этого в терапевтической ситуации, использующей метод возвращения к ранней травматической сцене, когда возможно «вспомнить», «пережить» травмирующее событие и «отказаться» от него. Понятно, что техника гештальт-терапии (метод двух стульев Перлза, фантазирование, работа со сновидениями)

в работе с эмоциями наиболее конструктивна. Это эмоциональная психотерапия, позитивным образом преобразующая стрессовые эмоции. При этом важна реинтеграция первичной сцены и связанного с ней негативного материала во Взрослую часть личности пациента, что достигается использованием техник, адресующихся к мыслительным процессам. В работе по перерешению контракт не рассматривается как двустороннее соглашение между терапевтом и клиентом; это скорее соглашение клиента с самим собой, тогда как терапевт в этом процессе выполняет важную роль свидетеля. При этом терапевт не дает «Разрешения». Клиент находит его сам для себя, ориентируясь на свои внутренние силы. Терапевт выполняет роль поддерживающего окружения (в том числе вместе с другими членами терапевтической группы), демонстрирует «позитивную модель», технически обеспечивает протекание процесса перерешения.

Третья школа – школа катексиса, или переродительствования, – основана Джеки Ли Шифф (Schiff, Birthday, 1970) – социальным работником из Калифорнии. Центральной идеей метода явились представления о патологической Родительской программе, переданной биологическими родителями своим детям – будущим психотикам, концепция Грегори Бэйтсона (1993) о «двойном зажиме», а также собственная концепция Шифф негативного симбиоза и пассивности (Schiff, Schiff, 1971). Переродительствование используется при работе с психотиками и заключается в формировании у них нового «здорового» Родительского эго-состояния. Это достигается с помощью «усыновления» психотика (Шифф это делала в прямом смысле), длительной сепарации от биологических родителей и воспитания «заново», начиная с месячного возраста. При этом прежние «безумные» Родительские послания лишаются энергии или декатектируются. Эта техника малоизвестна в России, поскольку ее трудно описать, и используется западными психотерапевтами неполно. Техника в широком смысле могла бы быть отнесена к модификации бихевиоральной психотерапии, поскольку поведенческим методам отводится ведущая роль при «перевоспитывании» психотика. В последнее время представители данного направления увлечены энергетическими концепциями.

Контрактный метод в ТА (Berne, 1964; James, Jongeward, 1971) применяется всеми школами и служит неким процессуальным регулятором в отношении «терапевт—клиент». Этот метод предполагает взаимную ответственность и терапевта, и клиента за результаты лечения, так что вклад каждого из них в результат одинаков и составляет 50 %. Контракт имеет как бы две стороны: административную (условия, место, продолжительность работы, плата терапевту, взаимная ответственность) и процессуальную (каких изменений хотел бы добиться клиент, что он и терапевт могли бы для этого сделать или не сделать, по каким признакам они могли бы узнать о достаточности терапии и выполнении контракта). Лумис (Loomis, 1982) предлагает 4 типа контрактных рамок для работы в ТА.

1) Контракт на попечение, который предусматривает заботу как цель излечения. Это означает, что терапевт заботится о росте клиента для достижения им состояния, при котором будут возможны изменения. Питающее окружение и поддержка обеспечиваются активностью «положительного (+) Воспитывающего Родителя» терапевта, тогда как его «Взрослый», аккуратно и точно оценивая тип адаптации клиента, сообщает ему релевантную когнитивную информацию. Без заключения такого типа контракта терапевтический альянс проблематичен. В случаях алкогольной патологии движение к пониманию обеспечивается интервью осторожного типа, поскольку в его ходе проявляются патологические моральные конструкты пациента и типы его витальной защиты.

2) В контрактах по социальному контролю основное внимание уделяется контролю опасных выходов из кризисной ситуации, типичных для того или иного пациента. При заключении данного контракта возрастает роль «Взрослого» терапевта и его (+) «Критического Родителя», способного обеспечить клиенту надлежащий тип защиты. Несмотря на многообразие кризисных ситуаций и обилие внешних дистрессоров, непродуктивное поведение обуславливается сценарием и наличием специфических выходов. Наиболее одиозные сценарные выходы

– аварийные люки (убийство, самоубийство, сумасшествие) – были впервые описаны Холловой (Holloway, 1973). Одновременно с работой Холловой была опубликована статья Драй с соавт. (Drye et al., 1973) о применении несуицидальных контрактов. Заключение несуицидальных контрактов особенно необходимо пациентам, имеющим парасуициды и самоповреждения в анамнезе.

Причем, по мнению Бойда и Коулз-Бойд (Boyd, Cowles-Boyd, 1980), эта терапевтическая тактика должна выполняться как рутинная процедура на самых ранних этапах лечения для всех пациентов без ожидания диагностического подтверждения наличия гамартического сценарного выхода. Закрывание подобных выходов преследует две ясные терапевтические цели: содействовать пациенту в обеспечении физической защиты самому себе против желаний убийства, сумасшествия или суицида, а также (и, следовательно) помогать ему начать изменять свой сценарий, отказавшись от гамартических выходов. Мой терапевтический опыт свидетельствует о том, что не всегда необходимо спешить с заключением антисуицидальных контрактов, поскольку неосознаваемая и невербализованная возможность негативных выходов, будучи вербализованной и подтвержденной Родительским авторитетом терапевта, может стимулировать неконтролируемую тревожность вплоть до панической атаки. Особенно это относится к клиентам, в истории которых не было попыток несуицидальных самоповреждений или парасуицида. Чтобы действительно перекрытие аварийных сценарных выходов было действенным, терапевт нуждается в применении этой процедуры со всей возможной осторожностью в нужное время и на той стадии терапии, когда эта процедура принесет клиенту максимальную пользу.

3) Контракт на взаимоотношения – фокус приходится на когнитивное осмысление циклической и непродуктивной природы взаимоотношений пациента (игры, рэкеры, дискаунты и симбиозы) со значимым окружением. Основной терапевтический инструмент такой работы – краткосрочная терапия перерешением. На этой стадии врач должен быть готов к аналитической работе и работе, стимулирующей перенос пациента, а также к терапевтическим авторитетным разрешениям не использовать во взаимоотношениях сценарные стратегии. Примеры такой работы с алкоголиками приведены в книге Штайнера (Steiner, 1971), который наиболее впечатляющим результатом данного этапа терапии считает ситуацию, когда, например, пациент, изготавившийся прыгнуть с моста, как бы слышит голос терапевта: «Не прыгай!»

4) Контракты на структурные изменения, основной фокус которых направлен на сценарные решения, родительское моделирование, излечение и отказ от предписаний в результате долговременной терапии перерешением и переродительствованием. Основная цель – изменить сценарные паттерны и позволить пациенту выбрать новую модель жизни. Как считает Лумис, данный тип контракта подразумевает долговременные терапевтические отношения в том случае, когда клиент демонстрирует способности заключать и соблюдать предыдущие типы контрактов и понимать, что его текущие взаимоотношения основаны на ранних, им самим принятых решениях относительно своей жизни. Известно, что лишь редкие наркологи могут припомнить подобный результат, как, впрочем, и редкие пациенты могут себе позволить быть окончательно независимыми и двигаться дальше к глубокому изменению личностной структуры. Нам думается, что остановка на границе между третьим и четвертым типами контрактов обусловлена во многом контртрансферными причинами (собственной сценарной историей терапевтов и их учителей), а также существованием культуральных сценариев, одобряющих употребление алкоголя. Та к или иначе такая остановка на третьем типе взаимоотношений терапевт—клиент как «наркологическая» реальность нашего времени, позитивна, поскольку пациент находит понимающее и защищающее окружение, может контролировать гамартические деструктивные выходы, осознает роль алкоголя в социальных интеракциях и может длительное время воздерживаться от его приема.

В настоящее время ТА-психотерапевтов во всем мире объединяет Международная Ассоциация ТА (IATA), в Европе – Европейская Ассоциация ТА (EATA). Основными задачами

ассоциаций являются: популяризация данного метода среди населения и медицинских правительственных организаций, подготовка практиков ТА и их сертификация. Так, Европейской Ассоциацией Психотерапевтов (ЕАП) ТА рекомендован к признанию национальными министерствами здравоохранения в качестве самостоятельного, научного психотерапевтического метода с соответствующей возможностью государственного лицензирования (ЕАП, VII, 1997). Сертификация в области ТА подразумевает посещение и сдачу курсантами так называемого «101 курса» – своеобразного теоретического минимума, заключение текущего спонсорского контракта на обучение с супервизором ТА – специалистом, имеющим право преподавать теорию и практику ТА, письменный и устный экзамен на сертификат практика ТА. Для того чтобы курсант был допущен к экзамену, он должен иметь 1500 часов практической работы, 150 часов работы с супервизорами, 600 часов теоретического обучения, 50 часов собственной личностной психотерапии с получением заключения об отсутствии вредного для будущих клиентов сценарного поведения. Следует особо отметить чрезвычайно высокий технический и содержательный уровень супервизии в ТА (Crespelle, 1988).

В России ТА прошел как бы две стадии освоения. На первой стадии берновскую модель эго-состояний использовали для иллюстрации популярных психологических концепций (Добрович, 1980), или для критики буржуазных школ психотерапии (Наэм, 1984). Эта стадия завершается стремительным изданием в течение нескольких лет основных книг Берна и его учеников. На следующей стадии знания ТА стали применяться для лечения людей, а не только для преподавания.⁴ Еще до профессиональных переводов Берна с работающей теорией ТА можно было познакомиться в монографии Ц. П. Короленко и В. Ю. Завьялова (1987), где в практическом аспекте авторы рассматривали концепцию ближайшего ученика и друга Берна – Клода Штайнера (Steiner, 1974), касающуюся алкогольных игр, а также концепцию диссертационной работы М. Е. Литвака (1989). Более поздние и современные работы отечественных авторов отражали элементы собственного видения теории и практики ТА (Некрасов, Возилкин, 1991; Шустов, 2000; Макаров, 2000; Ховрачев, 1996; Меринов, 2001).

3.2.2. К теории завершеног осуицида. Сравнительный анализ предсмертных писем суицидентов и парасуицидентов

*«Конец. Вот краткая записка
на прощанье, глубокая,
без вычур – все, как надо,
В ней – безразличье к жизни...»
(К. Кариотакис. «Идеальные самоубийцы»)*

Предсмертные записки, которые оставляют фатально завершившие суицид, по данным разных авторов (Амбрумова, Постовалова, 1983; O'Donnell, Farmer, Catalan, 1993), встречаются с частотой от 15 % до 40 % (например, у студентов-медиков – Hays, Cheever, Patel, 1996).

Для органов дознания по факту насильственной смерти они являются неоспоримым свидетельством добровольности ухода из жизни, для родственников – своего рода завещанием, для исследователей – показателями состояния психики на момент совершения суицида («суицидальное состояние психики») (Leenars, 1989). Рингель (Ringel) (см.: Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996) описал пресуицидальный синдром, выражающийся в а) нарастающем ситуативном и динамическом сужении психики; б) односторонней направленности апперцепции, ассоциаций, рисунка поведения, аффекта и защитных механизмов; в) сужении межличностных отношений и мира ценностей; г) накоплении агрессии и обращении ее против

⁴ Следует особо подчеркнуть роль профессора В. В. Макарова в популяризации идей ТА в России.

собственной личности; д) возникающих помимо желания фантазиях о самоубийстве, прежде вызываемых активно. Это характеризует и суицидента, пишущего записку. По мнению Шнейдмана (1976), он отрешен от прошлого, испытывает чувство духовной пустоты с концентрацией внимания на мысли о предстоящем самоубийстве (см.: Амбрумова, Постовалова, 1983). Считается, что признаки, характеризующие «суицидальное состояние психики», могут быть найдены в суицидальных записках (Leenars, 1989), хотя некоторые авторы относятся к значимости анализа их содержания скептически (Акопян, 1996).

По нашему мнению, процессуальный анализ суицидальных записок может характеризовать особое состояние «Я» суицидента непосредственно перед смертью, его динамику и изменения в процессе подготовки к уходу из жизни. Подобного рода анализ может определить терапевтическую превентивную тактику, соответствующую личностному состоянию пресуицидента. И, наконец, сравнительный анализ текста записок, а следовательно, в определенной мере и «психический суицидальный статус» суицидентов и парасуицидентов может способствовать установлению предикторов фатальности суицидальной попытки.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.