

Суицидология №4 2011

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)

К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)

Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)

Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)

С.М. Уманский, д.м.н., профессор
(Тюмень)

В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.И. Ворошилин, к.м.н., доцент
(Екатеринбург)

И.Н. Габсалимов (Тюмень)

О.Д. Жевелик (Нижевартовск)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

* * *

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва

Свидетельство:
ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru

Интернет-ресурсы:
www.elibrary.ru

На 1 странице обложки:
Г. Каньячи «Смерть Клеопатры»,
1660 г.

Содержание

- Ю.Р. Вагин*
Корни суицидальной активности 3
- О.Н. Жильцова*
Влияние условий воспитания на оценку
подростками своего вероятного будущего 10
- П.Б. Зотов*
Суицидальное поведение онкологических
больных. Отношение врачей онкологов 18
- П.Н. Москвитин, В.А. Кубасов*
Отношение врачей-психотерапевтов
к суицидальному поведению 26
- С.И. Ворошилин*
Расстройства сексуального предпочтения
(парафилии) как фактор суицидального
поведения 28
- Ю.В. Ковалев*
Феноменология суицидальных мыслей
при депрессии 34
- Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило, А.А. Антонова*
Структура завершённых и незавершённых
суицидов на территории Саратовской области
(по данным за 2001–2010 гг.) 37
- В.В. Гринь, Н.Н. Спадерова,
Г.В. Кулеватов, Т.В. Гаврилина*
Завершённый суицид военнослужащего
по призыву. Ретроспективный анализ случая 41
- Ю.Б. Хмелева*
Анализ микросоциальных условий у детей
и подростков, совершивших суицидальную
попытку 43
- Н.В. Лейфрид*
Образ счастливого человека
у современной молодежи 45

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

Contents

<i>Y.R. Vagin</i> Roots of suicidal activity	3	<i>Y.V. Kovalev</i> Suicidal thoughts phenomenology in depression	34
<i>O.N. Zhiltsova</i> Effects of education on the assessment adolescents' probable future	10	<i>J.B. Baryl'nik, E.V. Bachilo, A.A. Antonova</i> The structure of complete and incomplete suicides in the Saratov region (data for 2001-2010)	37
<i>P.B. Zotov</i> Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists	18	<i>V.V. Grin, N.N. Spaderova, G.V. Kulevatov, T.V. Gavrilin</i> Completed suicides conscripts. Retrospective analysis of the case	41
<i>P.N. Moskvitin, V.A. Kubasov</i> Attitude psychotherapist to suicidal behavior	26	<i>J.B. Khmeleva</i> Analysis of microsocial in children and adolescents, committed suicide attempt ..	43
<i>S.I. Voroshilin</i> Disorders of sexual preference (paraphilias) as important factor in suicidal behavior	28	<i>N.V. Leyfrid</i> Image of a happy man at the youth of today	45

Информация для авторов работ на 48 странице журнала.

Открыта подписка журнал «Суицидология» на 2012 год.
Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

Третья научно-практическая конференция с международным участием

«Суицидальное поведение: современный взгляд»

19 октября 2012 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2012 г., высланные в адрес оргкомитета
на e-mail sibir@sibtel.ru

Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202
Заказ № 279 Тираж 1000 экз. Подписан в печать 28.12.11 г. Распространяется по подписке.
Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, Володарского, 45, телефон: (3452) 46-90-03
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

КОРНИ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Ю.Р. Вагин

Психологический центр, г. Пермь

Контактная информация: Вагин Юрий Робертович, к.м.н., руководитель Психологического центра
Тел.: 8 (342) 29-00-846, 29-88-111, e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru

Авитальная активность в целом и суицидальное поведение в частности своими корнями глубоко уходят в эволюционные филогенетические законы развития живой природы. Автор, на основе собственных исследований и данных литературы, обосновывает тезис о том, что проблема человеческой активности, направленной против жизни, заключается в том, что человек научился использовать эволюционный механизм, изначально обслуживающий процессы выживания вида, в совершенно извращенной форме. Приводятся клинические и исторические примеры.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, авитальная активность.

Суицидальная активность человека только на первый взгляд уникальна в биологическом плане, несмотря на то, что человек – единственное из всех земных существ, которое способно на сознательное прекращение собственной жизни. Лебеди не поют свою знаменитую лебединую песню и не бросаются, сложив крылья, вниз головой в воду; скорпионы, окружённые огнём, не жалят себя в спину; жеребцы, которых заставили спариваться с собственными матерями, не бросаются с высокого утёса – всё это красивые легенды, придуманные людьми.

Напрашивается вывод, что самоубийство как крайнее проявление активности, направленной против жизни, не обусловлено непосредственно биологически, а связано с некими социальными факторами. При этом следует заметить, что и многие животные ведут совместный «социальный» образ жизни, однако суицидальной активности у них не наблюдается. Значит, должно возникнуть некое *особое качество социальности*, отделяющее человеческое сообщество от сообщества животных и приводящее к возникновению феномена суицидальной активности. В этом особом качестве, возможно, и кроются уникальные причины суицидального поведения человека.

Подобное предположение об уникальности суицидальной активности человека должно базироваться на представлении о качественном отличии человека от остального животного мира. По сути дела, мы должны постулировать некий эволюционный «скачок» и выводить суицидальную активность человека из тех социальных характеристик, которые каким-то

образом должны выделять человека из мира животных. Лишь в этом случае при объяснении суицидальной активности мы можем не оглядываться на филогенез. Однако чем дальше идёт развитие зоологии, зоопсихологии, этологии, антропологии, тем больше стирается грань между человеком и животным. Какие бы стороны социальной активности человеческого сообщества мы не взяли, при внимательном рассмотрении корни данной активности всегда обнаруживаются, пусть в зачаточном и примитивном виде, и у животных. Имеет ли суицидальная активность человека эволюционные биологические предпосылки? Можем ли мы обнаружить у животных те формы поведения, которые в процессе эволюции привели к возникновению у человека суицидального поведения?

Начнём с того, что факт самоубийства вызывая наше удивление, связан не с самим самоубийством. Добровольный уход из жизни не вызывал ни у кого удивления на протяжении многих столетий отнюдь не из-за отсутствия любопытства у современников. Самоубийство в прошлом не удивляло никого, потому что было совершенно понятно современникам. Могло ли удивить средневекового индуса самоубийство (сати) жены раджи, если он знал, что добровольно умерев на костре вместе с мужем, она будет вечно жить с ним в ином мире, а, оставшись жить, будет влачить жалкое существование, и каждый, встретивший её на улице, будет переходить на другую сторону и плевать ей вслед? В Японии самурай с детства усваивал кодекс чести – бусидо, в котором более половины положений предусматривают самоубийство

(харакири) в случаях, когда чести самурая что-либо угрожает. Могло ли удивить после этого самоубийство самурая или его жены тех, кто сам обучал их этому с детства?

Самоубийства современников удивляет нас потому, что что-то изменилось в самом феномене самоубийства. Что-то изменилось в его «использовании». Что-то изменилось в тех формах и проявлениях самоубийства, с которыми мы сталкиваемся повсеместно в настоящее время. Примеры самоубийств, известные нам из истории человечества и наблюдающиеся до последнего времени в примитивных сообществах, удивления не вызывают.

Известно, что самоубийства происходили в самых примитивных сообществах, возможно ещё многие тысячи лет тому назад, в ситуациях, когда племени грозила смертельная опасность. Например, самоубийства стариков в голодные годы. Согласимся, что психологически их поступок понятен и не вызывает удивления. Более того, с подобной мотивацией суицидального поведения мы нередко встречаемся и в наше время. Но мне бы хотелось подчеркнуть очень важный эволюционный аспект в этих, казалось бы простых случаях. Сам факт самоубийства стариков позволяет нам предположить, что уже в тот далёкий период истории имелось значительное ограничение агрессии, направленной на других. Ведь очень возможно, что одной из причин, по которым самоубийство стариков получило распространение, было то, что их перестали убивать. Табу на убийство, чуть позднее перешедшее практически во все религиозные заветы, снизило выживаемость вида в определённых ситуациях. Группа людей могла погибнуть от голода, но при этом, видимо, уже не могла так легко, как прежде, убить и съесть одного из своих членов. Последним ничего не оставалось, кроме как «компенсировать» этот биосоциальный дефект самим.

Таким образом, самоубийство возможно впервые и возникло как поведение, реально повышающее биологическую адаптацию вида в условиях нарастающего подавления внутривидовой агрессии. То, что окончательно эти эволюционные процессы не завершились, следует из возможных случаев каннибализма у некоторых представителей вида в экстремальных условиях. Подавляющее большинство людей в аналогичных ситуациях предпочитает жертвовать собой ради сохранения жизни своих детей и близких.

В этой своей первичной форме самоубийство существует и поныне, наряду с другими формами, которые за столетия настолько удалились от своего простого социального предшественника, что вызывают наше искреннее удивление. Поэтому объяснить причину добровольной смерти многих наших современников – большая проблема для учёных.

Итак, мы видим, как человек может пожертвовать своей жизнью ради сохранения жизни других людей, ради сохранения жизни своих детей, ради сохранения жизни в целом. Другие животные не имеют возможности поступить аналогичным образом, однако и у животных мы наблюдаем различные формы индивидуальной авитальной активности, связанные с половым и родительским инстинктами. Известно, что животные способны убивать других животных, защищая себя, своё потомство и своё право на воспроизведение потомства. Их агрессия легко направляется вовне в этих трёх случаях, но только в первом из них внешняя агрессия обслуживает собственно инстинкт самосохранения. Во втором и третьем случае агрессивность обслуживает половой и родительский инстинкты. И уже в этих двух последних случаях, при внимательном рассмотрении, мы можем заметить первые признаки индивидуальной авитальной активности у животных.

Животные ради продолжения рода (половой инстинкт) и сохранения потомства (родительский инстинкт) реально вступают в такие отношения с окружающей средой, которые снижают или полностью устраняют возможность дальнейшего индивидуального существования. Например, до трети самцов шимпанзе погибают в результате внутривидовой борьбы за обладание самкой. Многие виды животных доводят себя до полного физического истощения и реально ставят жизнь под угрозу в период ухаживания за самкой, её оплодотворения и вскармливания потомства. Некоторые виды животных погибают сразу после воспроизведения потомства. Представители других видов животных могут погибнуть, яростно защищая своих детей от смертельно опасного врага. По этому поводу Сабина Шпильрейн [4] писала, что «демоническая сила, сущностью которой является разрушение – в то же время и есть творческая сила, потому что из разрушения двух индивидов появляется новый индивид. Это и есть сексуальное влечение, которое

по своей природе есть влечение к разрушению, влечение индивида к уничтожению себя».

Одна из моих пациенток, способная к глубокому самоанализу, однажды задумалась над тем, что её разрушает изнутри. В ходе активного фантазирования она увидела тёмную окружность с острыми, как бы торчащими краями, в которую входила и выходила нечёткая продолговатая тень. В этом ритмичном движении она безошибочно узнала сексуальную символику и поняла, что *это* (сексуальность) и есть то, что её разрушает. «Чувствовалось, что *этому* нет никакого дела до меня *всей в целом*, до моих рук, ног, головы... Оно занято только собой и до меня ему никакого дела нет... Оно очень агрессивно...», – рассказывала она мне.

Таким образом, мы видим как половой и родительский инстинкт в ряде случаев провоцируют индивидуальную авитальную активность у животных. Авитальная активность имеет биологическую инстинктивную основу и проявляется в форме агрессивности, обслуживающей половой и родительский инстинкты. В этих случаях агрессивность, первично обслуживающая индивидуальный инстинкт самосохранения, служит высшей цели – сохранению вида, но обращается при этом против самого индивида и его жизни.

Забегая вперед, замечу, что несмотря на то, что к суицидальному поведению, вне зависимости от этнических, социальных и религиозных установок, большинство человеческих сообществ относится негативно, случаи жертвенного самоубийства (ради детей, других людей, рода, племени, страны, всего человечества) повсеместно поощряются и прославляются. Нет ни одной религиозной конфессии (включая христианство), которая бы не поощряла самоубийство в том случае, если этот поступок идёт во благо окружающим. Жертвенное самоубийство Христа, который знал об уготованной ему участи, – тому пример.

Итак, у животных мы легко выявляем такую характеристику, как агрессивность и внешние агрессивные модели поведения. Животное может убить другое животное, но оно не может убить себя. Человек также может убить другого человека, но *не должен*, равно как – в идеале – не должен убивать и любое животное. По крайней мере, мы к этому стремимся. Общество в процессе воспитания с самого раннего детства подавляет внешние агрессивные стремления человека. Может ли

подобное подавление человеческой агрессивности реально привести к тому, что подавленная агрессивность, сместившись, возвратиться в виде аутоагрессии к самому человеку?

Впервые подобный психодинамический механизм суицидального поведения предположил Фрейд в работе «Печаль и меланхолия». Терпеливо выслушивая разнообразные самообвинения меланхоликов, Фрейд обратил внимание на то, что они очень мало подходят для оценки собственной личности пациента, но легко применимы к кому-то другому, кого пациент любил или любит. «Если любовь к объекту, от которой невозможно отказаться, в то время как от самого объекта отказываются, нашла себе выход в нарциссическом отождествлении, то по отношению к этому объекту, служащему заменой, проявляется ненависть...». Ненависть, которая относится к другому человеку, обращается на самого себя. «Анализ меланхолии показывает нам, что Я может себя убить только тогда, когда благодаря обращению привязанности к объектам на себя оно относится к себе самому как к объекту...» [3].

В дальнейшем идеи Фрейда блестяще развил Карл Меннингер [2]. Он писал, что для подтверждения концепции самоубийства, в соответствии с которой подсознательное желание убить разворачивается от внешнего объекта к самому субъекту, необходимо показать и доказать:

1) агрессия, первично направленная на внешний объект, может свободно существовать, не будучи осознанной, под маской внешней доброжелательности;

2) «свободно плавающая» агрессия может вторично смещаться на другие, не имеющие отношения к источнику, вызвавшего агрессию, объекты;

3) в ряде случаев «Я» может воспринимать себя как внешний объект, на который смещает агрессию, первично направленную на внешний объект.

Чтобы доказать первое положение Меннингера о том, как агрессия, направленная первично на внешний объект, может существовать в психической активности, не будучи осознанной, мне хотелось бы привести пример из собственной практики. Ко мне за помощью обратился молодой человек по поводу многочисленных слуховых галлюцинаций (он их называл – «голоса»), которые очень настоятельно рекомендовали ему покончить жизнь само-

убийством, бросившись под первый же проходящий мимо трамвай. «Голоса» звучали внутри головы с различной степенью интенсивности, разные по характеру, говорили на различные темы, иногда споря между собой, но чаще ругаясь. Лечение стало возможным потому, что ядро личности пациента было относительно сохранно, несмотря на крупные отщепившиеся части сознания (это была шизофрения). Иногда эти чуждые ядру его личности самоубийственные влечения были настолько интенсивными, что ему приходилось крепко держаться на остановке за какой-нибудь предмет, чтобы не поддаваться воздействию галлюцинаций. Тем более, что, когда он последний раз лечился в психиатрическом стационаре, другие пациенты рассказали ему, что «такое» на самом деле возможно и «голоса» могут однажды получить доступ к двигательной сфере и заставить его совершить самоубийство.

Вся эта ситуация приводила пациента в ужасное состояние, и он пытался найти помощь, обращаясь к различным специалистам. «Голоса» в ответ на такое его поведение нецензурно ругались и угрожали, что никуда он не денется, они всё равно до него доберутся, и никакой доктор ему не поможет. Пациент приходил ко мне дважды: первый раз он появился у меня за полгода до начала лечения, но сил хватило только на то, чтобы дойти до меня. Во время того сеанса голоса начали настолько угрожать ему, что он в состоянии близком к панике был вынужден отказаться от лечения, а в дальнейшем попал в психиатрическую больницу. Лечение лекарствами интенсивность симптоматики снизило, правда «голоса» после выписки не прошли, но, что интересно, выразили согласие на лечение, а затем и активно помогали мне, угрожая пациенту, когда он, например, пытался от меня что-то скрыть, а также блестяще помогали мне в интерпретации сновидений.

Однажды пациент пришёл на сеанс сильно встревоженный и рассказал, что у него появилось абсолютно чёткое убеждение, что в определённый день текущего месяца (около двух недель тому назад) он кого-то убил. Самое ужасное, что он очень плохо помнил этот день и пытался у всех намёками узнать, что он тогда делал, но ничего вразумительного не узнал: вроде бы ничего не делал, но, тем не менее, ощущение убийства кого-то было настолько реальным, что у пациента возникли самые худшие подозрения в свой адрес.

Спустя некоторое время после того, как он мне всё это рассказал, и мы уже переключились на другую тему, внезапно в его голове возник «голос» и директивно заявил, что всё это связано с болезнью дочери директора магазина. Первая реакция пациента на заявление «голоса» была фраза, что это «полный бред», в чём я его разубедил, сказав, что это всего лишь слуховые галлюцинации. Он рассмеялся.

Дальше я попросил его как можно подробнее рассказать всё, что он может вспомнить о директоре магазина, её дочери и её болезни. Пока я проговаривал свою просьбу, пациент внезапно разволновался и воскликнул, что всё это на самом деле было именно в тот день, с которым у него связано ощущение убийства.

Он рассказал, что в тот день ему позвонила знакомая – директор магазина и попросила оставить ей определённую партию товара, за которым обещала заехать в течение дня. За товаром она так и не заехала, потому что у неё заболела дочь. Аналогичный товар в магазине пациента кончился, а покупатели неоднократно в течение дня приходили за ним. Он был вынужден всем отказывать, несмотря на то, что товар лежал рядом с ним и не продавался только потому, что он уже был обещан в другой магазин. Попутно нужно заметить, что, с одной стороны, этот товар принадлежал самому пациенту, и он имел бы с его продажи хорошие комиссионные, а с другой – директор магазина, которая попросила его об услуге, не расплатилась ещё и за те товары, которые брала в прошлом году, и было неизвестно, когда она перевела бы деньги за этот товар.

Выслушав всё это, я поинтересовался у пациента, какие эмоции он испытывал в тот день из-за сложившейся ситуации. Пациент искренне ответил, что не испытывал никаких эмоций, потому что директор магазина не виновата, раз у неё заболела дочь. На что я заметил, что в этой ситуации, с моей точки зрения, любой нормальный человек испытывал бы как минимум раздражение или, может быть, даже злость, потому что из-за болезни дочери директора магазина пострадали его личные интересы. Пациент согласился с этим в принципе, но, тем не менее, не смог припомнить, чтобы он как-либо переживал случившееся. Тогда я предположил, что в данном случае негативные эмоции пациента, связанные с конкретной ситуацией, просто отщепились от его сознания и, пустившись в «свободное плавание», затем с другой стороны всплыли в сознании же в фор-

ме непреодолимой убеждённости в том, что он в тот день совершил убийство. Пациент на самом деле в тот день «совершил убийство». Он мысленно «убил» дочь директора магазина, из-за болезни которой потерпел финансовые убытки. Он не смог принять это желание или фантазию как часть себя, но не смог и полностью подавить и вытеснить из сознания данное переживание, и поэтому оно прорвалось в его сознание в форме изолированного и внешне бессмысленного симптома.

Пациент, выслушав меня, сказал, что моя версия достаточно интересна, но слишком неправдоподобна, с его точки зрения, и ему трудно представить себе, что его голова может быть устроена таким хитрым способом. Сказав всё это, он ненадолго замолчал, явно прислушиваясь к своим «голосам», и, когда я спросил его, – в чем дело, озадаченно ответил, что «голос» однозначно заявил ему, что «доктор прав».

На этом примере мы можем пронаблюдать, как естественный, природный, первичный агрессивный импульс, возникший в ответ на ущемление эгоистических интересов, по каким-то причинам не пропускается в сознание и подавляется. Однако мы видим, что подавление не приводит к исчезновению самого агрессивного импульса, он только остаётся в сфере бессознательного как «свободно плавающая» агрессия и в дальнейшем может в силу самых различных причин связаться либо с другим объектом, либо с самим человеком (смещение).

Меннингер не только подтвердил предположение Фрейда о значении смещения агрессии с внешнего объекта на себя, называя самоубийство – «убийством-подменой», но и показал, что в основе самоубийства лежит не только этот, но и ещё два важных компонента: *желание быть убитым и желание умереть*. Последние дополнения очень важны для понимания того факта, почему (если самоубийство связано только лишь со смещением агрессии на себя) оно не является ещё более широко распространённым феноменом, почему не все люди заканчивают жизнь самоубийством?

Он предположил, что первичное бессознательное желание убить, смещённое на себя, подкрепляется бессознательным вторичным чувством вины, которое вызывает в свою очередь желание понести наказание и быть убитым. Собственная агрессивность, несмотря на то, что она как таковая не осознаётся, вызывает

вторичное бессознательное желание наказания. Так человек, сказавший глупость или дерзость, бьёт сам себя по голове или губам так, как когда-то били его другие люди. То, что это чувство вины также полностью отщеплено от вызвавших его агрессивных импульсов, может подтвердить мой пример, приведённый выше. Помимо «свободно плавающей» агрессии у пациента явно прослеживалось и чувство «свободно плавающей» вины, которое периодически «привязывалось» к самым различным внешним событиям, которые ни коим образом не могли быть связаны с поведением пациента, но, очевидно, было адекватным по масштабу внутренней неосознаваемой агрессивности. Так, пациент испытывал абсолютно реальное чувство вины и непреодолимую убеждённость в том, что он каким-то образом виноват в произошедшем землетрясении в Индии, после которого погибли десятки тысяч людей, и после этого едва не покончил с собой.

Это вторичное чувство вины, несомненно, связано с внутренней агрессивностью и глубоким внутренним пониманием недопустимости этой агрессивности. Роберт Бэрон и Дебора Ричардсон [1], рассматривая агрессию как форму социального поведения и взаимодействие как минимум двух индивидов, не относят самоубийство к агрессивным актам, так как при самоубийстве агрессор выступает в роли собственной жертвы. «Даже если целью суицида является не смерть, а отчаянный призыв к помощи, самоубийца всё-таки стремится причинить вред себе».

Но, как мы убедились, во-первых, самоубийство может быть смещённой на себя агрессией против других. Во-вторых, известный факт борьбы мотивов при самоубийстве предполагает определённое противоречие между различными компонентами личности. Например, Суперэго может вести себя агрессивно по отношению к Эго, порождая чувство вины, равно как и Эго может вести себя агрессивно по отношению к Суперэго. В отношении себя возможны самые различные формы агрессии: как вербальная, так и физическая, как активная, так и пассивная, как прямая, так и опосредованная. Разве можно найти человека, который хоть раз в жизни не ругал себя последними словами, испытывая невыносимое чувство вины, или не причинял себе боль, проявляя, таким образом, реальную словесную и физическую аутоагрессию.

И, наконец, третий компонент, выделенный Меннингером, – это желание умереть. «Не является ли это стремление уйти в небытие неприкрытым проявлением инстинкта смерти?» – задаётся вопросом Меннингер. Он отвечает на этот вопрос – «Нет». Фрейд отвечает – «Да».

Все разновидности активности, направленной против жизни, Меннингер разделяет на два класса: сознательный и бессознательный. Он пишет, что подобно тому, как ласка, или норка, попавшие в капкан, отгрызает себе лапу, так и мы иногда сознательно чувствуем необходимость саморазрушения. Мы можем понять сознательное решение безнадежно больного старика принять яд для избавления от мучений и совершить, тем самым, сознательное самоубийство. «В других случаях, – пишет Меннингер, – личность берёт на себя ответственность за саморазрушение бессознательно». Для самого человека и окружающих лиц такое саморазрушающее поведение внутренне не мотивировано. То есть главный мотив деструктивного поведения не осознаётся. Поэтому такое поведение вторично мотивируется различными поверхностными причинами, ни одна из которых не определяет истинную суть происходящего. К таким бессознательным формам саморазрушения Меннингер относит алкоголизм, наркомании, многие несчастные случаи и соматические заболевания.

Есть множество примеров, пишет Меннингер, «когда семейный уклад рушится вследствие пристрастия к алкоголю отца, матери или сына ... Каждый психиатр может поведать о таком типичном и распространенном явлении, как крушение карьеры, да и всей жизни блестящего и подающего надежды человека именно по этой причине. Как это ни странно, сама причина, то есть алкоголь, парадоксальным образом становится инструментом самоуничтожения...». В своей работе он пытается выяснить: кто и в силу каких причин выбирает этот способ самоубийства. Он приводит несколько ярких примеров истории жизни молодых людей, жизненный путь которых развивался с удивительной похожестью: внешне благополучное детство и юность (за фасадом которых скрывались от окружающих многие драматические события), вступление во взрослую жизнь с постоянной необходимостью брать на себя и выполнять обязательства и неожиданный, непонятный, стремительный уход в беспробудное пьянство, приведший к психологической, социальной и физи-

ческой деградации. При этом «сама жертва не может понять природу своих мук и страхов, которые проявляются в непреодолимом стремлении к алкогольному саморазрушению».

На тот факт, что злоупотребление психоактивными веществами несёт внутри себя скрытый самоубийственный смысл, указывает то, что эта форма хронического самоубийства самым тесным образом связана с другими более очевидными формами саморазрушения. Взаимосвязь между алкоголизмом и самоубийствами отмечена ещё в начале XX столетия отечественными учёными В.М. Бехтеревым (1912), Ф.Е. Рыбаковым (1917) и подтверждена в дальнейшем клиническими исследованиями, в которых отмечалось, что покушения на самоубийство совершают до 20% страдающих алкоголизмом. По мнению Грофа (1975), в 40% случаев летальный исход у наркоманов обусловлен самоубийством, а риск самоубийства в 60-80 раз выше, чем в общей популяции. Но только в последнее время мы можем сказать, что приближаемся к тому, чтобы понять глубинные биологические и психологические механизмы этого явления.

Каждый нормальный ребёнок имеет опыт болезненных травмирующих переживаний. Сам факт рождения и перехода из длительного девятимесячного состояния максимальной защищённости и постоянного удовлетворения всех потребностей в окружающий мир можно рассматривать как травму, помня при этом и о болезненных ощущениях, которые испытывает ребёнок в период родов. Затем нас отлучают от груди, затем от родительской опеки – с каждым годом жизни мы всё больше и больше лишаемся чувства защищённости и всё больше и больше должны кого-то или что-то защищать сами. Жизнь требует от человека занятия какой-либо позиции, а человек в противовес этому всю жизнь бессознательно стремится к тому, чтобы занять какое-либо положение (и в конце жизни всё же добивается этого). Алкоголь, как и многие другие психоактивные вещества, возвращает подростку и взрослому то, чего так настойчиво пытается лишиться его жизнь: чувство полной защищённости и освобождение от всех и всяческих обязательств.

Проблема человеческой активности, направленной против жизни, заключается в том, что человек научился использовать эволюционный механизм, изначально обслуживающий процессы выживания вида, в совершенно извращенной форме. Человек научился ис-

пользовать этот механизм совершенно неприкрыто, откровенно и исключительно *для собственного удовольствия*. Не половой и родительский инстинкты (как у животных) и не общественное мнение или коллективный разум (как у примитивных народностей), а то качественно новое психическое образование, которое мы называем самосознанием, и которое возникло совсем недавно в пределах исторического летописного периода (в VI-V веках до нашей эры), получило доступ к управлению процессами жизни и смерти. Эта великая тайна доступности смерти, как наркотик, постепенно поражает человеческую психику. Чем выше психическое развитие *человека*, тем с большим любопытством он поглядывает в сторону самоубийства. Чем выше психическое *развитие человечества*, тем с большим любопытством оно поглядывает в сторону самоубийства.

Используя красивую аллегорию первого наркома просвещения Луначарского, можно сказать, что природа дала нам способность преодолеть страх смерти и инстинкт самосохранения для того, чтобы «...когда замок осаждён со всех сторон злыми силами, когда переливают в пули свинцовые желоба, в большой зале, залитой кровью, немолчно стонут раненые, когда голод смотрит с бледных лиц, а в окне грозно хохочет дикое зарево, в такие дни философия величественно сходит из своего терема, и к её поучениям все пригнетённые силы прислушиваются с небывалым вниманием. И, может быть, она, посылая холодные молнии глазами героини, призовет всех к последнему усилию и научит саму жизнь считать за ничто, когда она не украшена сознанием победы духа или куплена ценою унижения; может быть, саму смерть с оружием в руках она превратит в роскошный праздник человеческой гордости, может быть, этой проповедью она доставит населению замка победу...». Вот для чего природа двинула эволюционный процесс в сторону возможности индивидуальной авитальной активности. А что сделал из этого человеческий разум, величием которого мы так привыкли гордиться?

А вот что: «Но может случиться и другое, – пишет Луначарский. – Она (философия) сойдёт в трауре, в монашеской рясе, с посыпанной пеплом головой и будет плакать и убиваться, и повторит с небывалой до тех пор силой свои страшные суждения о мире и жиз-

ни, и скажет, что сопротивление бесполезно, что и в будущем всех ждут лишь мучительная борьба, раны, лишения, унижения и, в конце концов, неумолимая смерть. Она также призовет к мужеству, но мужеству иного рода: она даст в руки наиболее отчаявшегося факел самоубийства и поведёт его, проливая слёзы, в траурном шествии в пороховые погреба, чтобы извлечь оттуда пожирательницу смерть...».

Не удивительны после этого бурные восторги пробуждающегося самосознания по поводу возможности самоубийства. «Только для глупца естественно цепляться за жизнь, хоть бы он и был несчастлив, лишь бы он в большинстве вещей сообразовался с природой, – учили в школе стоиков. – Для мудреца жить по велениям природы – значит вовремя отказаться от жизни, хоть бы он и был в расцвете сил». «Прекрасна возможность в любой момент уйти из жизни, если она перестанет доставлять наслаждение», – вторили стоикам эпикурейцы. Зачем грустно размышлять о своей судьбе, если можно и нужно относиться к ней весело и легкомысленно. Удовлетворяй свои потребности и будь всегда готов, если этого не сможешь достигнуть, разделаться со своим бессмысленным существованием. Если жизнь перестаёт приносить удовольствие и перестаёт быть прекрасной – нет причины для задержки. Либо жизнь без печалей, либо счастливая смерть. Эпикурейцу Торквату Цицерон приписывает слова: «Помни, что сильные страдания завершаются смертью, слабые предоставляют нам частые передышки; таким образом, если их можно стерпеть, снесём их; если же нет – уйдём из жизни, раз она не доставляет нам радости, как мы уходим из театра». Монтень, цитируя высказывания древнегреческих философов, пишет: «Лучшее из устроенного вечным законом – то, что он дал нам один путь в жизнь, но множество – прочь из жизни... В одном не вправе мы жаловаться на жизнь: она никого не держит... Тебе нравится жизнь? Живи! Не нравится – можешь вернуться туда, откуда пришёл».

Таким образом, мы видим, что авитальная активность в целом и суицидальное поведение в частности своими корнями глубоко уходят в эволюционные филогенетические законы развития живой природы. Из маленькой, но смелой птички, которая, рискуя своей жизнью, прыгает по земле, уводя про-

жорливого и глупого хищника подальше от гнезда, – в результате парадоксального зигзага эволюции развился синапотануменон – академия, существовавшая в Древнем Египте времён Клеопатры и Антония, посетители которой состязались между собой в искусстве придумывания и исполнения самых лёгких, приятных и красивых способов самоубийства. Из маленькой обезьянки, которая собирает переспелые и забродившие плоды деревьев и поедает их с целью опьянения, – в результате того же зигзага эволюции получился героиновый наркоман, оснащённый по последнему слову науки и техники одноразовым шприцем Провацека и чистейшим героином, который он *для своего удовольствия*, позабыв родителей, жену, детей и работу, загоняет себе в вену, чтобы получить наслаждение, которое и не снилось целой стае обезьян за всю их нелёгкую жизнь.

Литература:

1. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб., 1997.
2. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000.
3. Фрейд З. Печаль и меланхолия. – М., 1989.
4. Spielrein S. Die Destruction als Ursache des Werdens // *Jarbuch fur psychanalytische und psychopathologische Forschungen*. – 1912. – № 4. – С. 18-22.

ROOTS OF SUICIDAL ACTIVITY

Y.R. Vagin

Psychological Center, Perm, Russia

Suicidal behavior in particular, with its roots deep in the phylogenetic evolution of the laws of nature. The author, based on his research and the literature substantiates the idea that the problem is human activity directed against life, is that a person has learned to use an evolutionary mechanism, initially serving the process of survival of species, in a very distorted form. We present the clinical and historical examples.

Key words: suicidal behavior, suicide.

УДК 37-053.6

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ НА ОЦЕНКУ ПОДРОСТКАМИ СВОЕГО ВЕРОЯТНОГО БУДУЩЕГО

О.Н. Жильцова

Московский государственный областной гуманитарный институт, г. Орехово-Зуево

Контактная информация: Жильцова Ольга Николаевна. Московский государственный областной гуманитарный институт, г. Орехово-Зуево. Тел.: (496) 425-78-75; e-mail: olgazh73@rambler.ru

Приведены результаты сравнительного исследования представлений подростков о позитивных и негативных событиях их вероятного будущего. Обследовано 54 подростка, оставшихся без попечения родителей, и 138 подростков, воспитывающихся в семье. Экспериментально изучен комплекс оптимистических, пессимистических, амбивалентных и сбалансированных прогнозов подростками событий вероятного будущего. Для подростков, оставшихся без попечения родителей, преобладающим оказывается оптимистическое и амбивалентное прогнозирование будущего, в то время, как среди подростков, воспитывающихся в семье, чаще встречаются оптимистические и сбалансированные оценки оптимизма-пессимизма в прогнозировании будущих событий.

Ключевые слова: подросток, вероятное будущее, оптимизм, нереалистический оптимизм, пессимизм, нереалистический пессимизм, амбивалентное прогнозирование будущего, сбалансированная оценка будущих событий.

Психологи, занимающиеся исследованием времени и жизненного пути (Абульханова-Славская К.А., Божович Л.И., Дубровина И.В., Фельдштейн Д.И., Кон И.С., Гинзбург М.Р., Головаха Е.М., Кроник А.А., Хомик В.С., Толстых Н.Н., Штеренберг И.И. и др.), отмечают, что наличие образа будущего является существенным фактором полноценного психиче-

ского развития личности. Так, по мнению Н.Н. Толстых, наличие у человека протяженной и содержательно насыщенной временной перспективы является важной составляющей психологического здоровья личности [10]. Между тем, психологи приходят к выводу, что представления молодёжи о своем будущем часто бывают недостаточно определенными, идеали-

стичными (Божович Л.И., Шляхтин Г.С., Волович А.С. и др.) и потому не могут благоприятствовать формированию личности.

Педагоги и родители, как правило, начинают осознавать необходимость работы по формированию планов на будущее у детей ближе к юношескому возрасту, когда актуальным становится вопрос их профессионального самоопределения. Однако, с нашей точки зрения, уделять внимание формированию образа будущего у подрастающего поколения нужно значительно раньше.

Интерес к вопросам, связанным с представлениями человека о собственном будущем и, в частности, к вопросу становления образа будущего у подрастающего поколения возник в психологии давно. Эта проблема волнует не только родителей “тинейджеров”, самих юношей и девушек, но и специалистов, которые непосредственно работают с ними. Особую актуальность решение этих вопросов приобретает, когда педагоги хотят помочь в планировании будущей жизни подросткам, оставшимся в силу тех или иных обстоятельств, без попечения родителей. Ведь именно педагоги и психологи могут помочь подросткам, юношам и девушкам, попавшим в сложную ситуацию, сделать “правильный” выбор, научить планировать не только свой завтрашний день, но и строить далеко идущие планы, которые будут реалистичными и практичными. Как правило, большинство воспитанников государственных учреждений так и не находят своего места в жизни, которое бы обеспечивало им достойную жизнь. Анализ контингента социальных учреждений за последнее десятилетие показывает, что часто в приют поступают дети, родители которых раньше сами воспитывались в государственных учреждениях. А повзрослевшие воспитанники приютов и детских домов в сложных жизненных обстоятельствах приводят в приют, где сами жили раньше, своих маленьких детей...

Но для того, чтобы научить воспитанников, оставшихся без попечения родителей, планировать свою жизнь, необходимо сначала понять, почему “круг замыкается”, какие психологические особенности мешают детям, оставшимся без попечения родителей, адаптироваться в жизни. Какие особенности личности приводят к тому, что такие дети слишком быстро перестают бороться за “хорошую” жизнь, слишком быстро “опускают руки”,

начинают употреблять алкоголь, наркотики..., одним словом, вести асоциальный образ жизни.

При беседах с подростками и юношами о их будущей жизни они практически всегда говорят: “У меня все будет хорошо!”. Педагоги часто отмечаю, что их воспитанники имеют завышенную самооценку и оптимистичный взгляд на жизнь. Из беседы с Денисом О. (16 лет): “Как я буду жить? Да отлично! Вот, приеду к Вам через пару лет на белом “мерседесе” с огромным букетом белых роз...”. Не стоит добавлять, что вопрос “Как у тебя это все появится?” остается без ответа. Конечно, можно сказать, что высказывания воспитанников всего лишь фантазии. С одной стороны, благодаря этим фантазиям они создают иллюзию благополучия в настоящем, создают ситуацию эмоционального комфорта, положительных эмоций. Но с другой стороны, эти иллюзии мешают решать актуальные жизненные задачи. Не вводят ли они себя в заблуждение, считая, что при выходе из детского дома или приюта, как “по мановению волшебной палочки”, все изменится к лучшему, все сразу станет хорошо!? Не приведут ли такие мечты в будущем к несбывшимся планам, к трагедии...? Специалисты, работающие с такими детьми, отмечают у них повышенный оптимизм, “уверенность” в завтрашнем дне, несмотря на то, что дети и подростки, живущие в приютах или детских домах, в прошлом пережили много несчастий. Поэтому для нас является важным исследовать то, насколько подростки, оставшиеся без попечения родителей, оптимистично смотрят в завтрашний день или за их “оптимистичными” высказываниями скрываются другие психологические феномены.

Для нашего исследования особенно важным является предположение о том, что образ будущего представляет собой важную психологическую характеристику, связанную с актуальными психическими состояниями подростка, и позволяющую глубже понять процессы формирования личности в настоящем.

1. Оптимистические и пессимистические представления.

В научной литературе психологический феномен, когда люди полагают, что с ними, вероятнее, произойдет что-то хорошее, чем с равными им по возрасту и положению, а плохое, вероятнее всего, произойдет с другими людьми, а не с ними, получил название нереа-

листический оптимизм (unrealistic optimism). Так, исследования Нейла Вайнштейна (Weinstein Neil) оценки студентами вероятности событий, которые могут произойти как с ними, так и с их сокурсниками, показали, что большинство студентов чересчур оптимистичны. Каждый из них думал, что с ним, скорее всего, произойдет что-то хорошее, а плохое, скорее всего, случится с кем-то из сокурсников, но не с ним [13]. Поэтому предположение о том, что психологически здоровый человек, чаще всего, должен оценивать себя адекватно, экспериментальными исследованиями подтверждено не было.

Аналогично рассматривается и явление нереалистического пессимизма (unrealistic pessimism), который проявляется в склонности людей полагать, что с ними вероятнее всего произойдет больше плохого, чем с равными им по возрасту и положению.

В современной психологии имеются две точки зрения на понимание оптимизма. Одна из них представлена американскими исследователями Майклом Шейером (Michael Scheier) и Чарлзом Карвером (Charles Carver); они рассматривают оптимизм-пессимизм как обобщенную диспозицию (комплекс). Другую точку зрения выражает М. Селигман (Seligman M.), рассматривающий оптимизм-пессимизм как стиль атрибуции. Как указывает Д.А. Леонтьев, оптимизм, как и жизнестойкость, придает личности уверенность в себе, обеспечивает “чувство опоры”. Под жизнестойкостью Д.А. Леонтьев понимает систему убеждений личности о себе, о мире, об отношениях с миром. Компоненты жизнестойкости начинают развиваться в детстве и отчасти в подростковом возрасте. Автор также указывает, что развитие этих компонентов возможно и в более позднем возрасте. В тоже время эффективность действия человека в ситуации стресса определяется адекватной оценкой происходящего, с “чем выраженный оптимизм может рассогласовываться” [3].

Под атрибутивным стилем понимается характерный способ, которым люди объясняют себе причины различных событий: причины успехов и неудач. В атрибутивной мотивации выделяют три параметра: локус причинности, стабильность, контролируемость. М. Селигман выделил еще оптимистический и пессимистический атрибутивные стили. При оптимистическом атрибутивном стиле успехи воспринимаются как стабильные, глобальные и контроли-

руемые, а неудачи, как временные, локальные, и изменяемые. С точки зрения оптимиста неудача – это вызов, который он принимает, а не опасность. При пессимистическом стиле человек рассматривает происходящие с ним отрицательные события как стабильные и не верит, что он что-то может изменить [2].

В целом среди психологов нет согласия в понимании влияния оптимистического или пессимистического взгляда человека на его жизнь и личностное развитие. Так, К. Менninger заметил, что оптимизм подразумевает некоторый уход от реальности [12]. А М. Селигман считает, что “только пессимисты могут писать объективные и полезные книги о светлом и радостном восприятии”, тем самым подчеркивая, в некотором смысле, “позитивность” пессимизма [9]. В то же время М. Шейер и Ч. Карвер подчеркивают, что оптимистичные люди быстрее адаптируются к происходящим в их жизни переменам и чаще прилагают усилия при решении проблем, чем пессимисты.

С позиций гуманистической психологии оптимизм рассматривается как вера в человеческую природу, в, безусловно, позитивную, добрую и конструктивную сущность человека, заложенную в виде потенциала, который раскрывается при соответствующих условиях. Однако, А. Маслоу описывая черты “самоактуализирующейся” (человечной) личности отмечал, что наиболее универсальной чертой этих людей является их способность видеть жизнь ясно, такой, какова она есть, а не такой, какой ее хотелось бы видеть. Такие люди не позволяют надеждам и желаниям исказить свои наблюдения, поэтому они точнее могут предсказывать будущие события. А. Маслоу пишет, что “актуализированный человек отталкивается” в своих суждениях от фактов, а не от личных пессимистических или оптимистических установок, желаний, страхов, надежд и тревог [4, 5].

К. Муздыбаев полагает, что пессимиста отличает внутренний дискомфорт, выражающийся в подавленном настроении, в неудовлетворенности качеством своей жизни, в ощущении себя несчастливым, тогда как для оптимиста характерна внутренняя гармония, бодрость, ощущение счастья, удовлетворенность разными сторонами жизни. Причем, как отмечает исследователь, прогнозы пессимистов и оптимистов, как правило, сбываются в жизни [6]. Исследования М.А. Холодной показывают связь между интеллектуальным развитием

подростка и оптимизмом: прогнозы в отношении будущего у “одаренных” учащихся более оптимистичны [11].

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время наметились некоторые тенденции в исследовании оптимистических и пессимистических взглядов. Однако, нет ответа на вопрос: “Какой настрой на жизнь лучше: оптимистичный или пессимистичный?”. Результаты экспериментальных исследований по этому вопросу имеют достаточно противоречивый характер. Недостаточно исследован даже такой простой, казалось бы, вопрос: “Каких людей больше: оптимистов или пессимистов?”. Но, несмотря на различные подходы к пониманию роли оптимизма и пессимизма в становлении личности, можно отметить, что все психологи связывают эти понятия с прогнозированием будущего. По нашему мнению, изучение образа вероятного будущего позволяет глубже понять актуальные процессы развития личности. Поэтому, мы считаем важным в экспериментальном исследовании найти ответы на следующие вопросы: “Как повлияло прошлое подростков, оставшихся без попечения родителей, на то, каким они видят свое будущее? Как смотрят подростки в будущее: оптимистично или пессимистично? Как их представления о будущей жизни влияют на актуальное поведение и формирование личности?”

2. Гипотеза, испытуемые и методика исследования отношения к будущему подростков.

Гипотезой экспериментального исследования являлось предположение о том, что неодинаковое прошлое и настоящее подростков, оставшихся без попечения родителей, и подростков, живущих в семье, определяет своеобразие оптимистических и пессимистических тенденций в их представлениях о вероятном будущем.

Для проверки гипотезы были изучены представления о своем будущем подростков, оставшихся без попечения родителей, в сравнении с подростками, воспитывающимися в семье. В исследовании приняли участие 192 подростка, проживающих в Московской области, объединенные в две группы. Первая группа – 54 подростка из детских домов, приютов – получила условное название “экспериментальная группа”. Вторая группа – 138 подростков, воспитывающихся в семьях, – условно названа “контрольная группа” или группа сравнения.

Выборки испытуемых не имели значительных различий по гендерным и возрастным признакам.

Для оценки отношения испытуемых к своему будущему (оптимистичного или пессимистичного) нами была разработана специальная анкета “Мысли о будущем”, которая включала 18 утверждений о позитивных событиях и 18 утверждений о негативных событиях, которые могут произойти в их жизни. Например: “Я закончу школу”, “Я буду долго жить”, “У меня будет слабое здоровье”, “Я буду несчастлив”. Испытуемым необходимо было выбрать те из предложенных событий, которые, по их мнению, могут произойти с ними в будущем (“со мной”). После этого, они должны были выбрать те события (и положительные, и отрицательные), которые вероятнее всего могут произойти с их сверстниками (“со сверстниками”). Количество выбираемых подростками событий не ограничивалось.

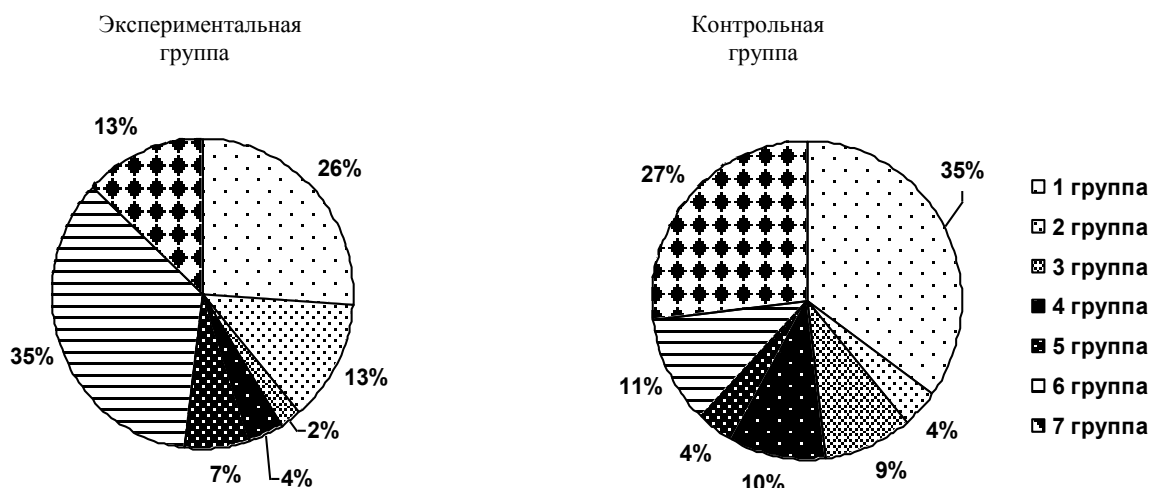
3. Результаты экспериментального исследования.

В результате проведенных исследований были выделены 7 групп испытуемых (рис. 1).

В 1 группу мы включили испытуемых, которые обнаружили “нереалистический оптимизм”. К ним мы отнесли подростков, которые шансы возникновения положительных и отрицательных событий распределяли неравномерно между собой и другими (“у меня случится больше положительных событий, чем у сверстников и меньше отрицательных событий по сравнению со сверстниками”), они составили 26% от выборки экспериментальной группы и 35% от выборки контрольной группы.

Ко 2 группе мы отнесли подростков, которые проявляют оптимистические тенденции только по одному признаку – отрицательному (“у меня случится меньше отрицательных событий, чем у сверстников”). Они составили 13% от выборки экспериментальной группы и 4% от выборки контрольной группы.

Как видим, испытуемые экспериментальной группы чаще уверены в том, что с ними ничего плохого произойти не может: “У меня все будет хорошо”, “Я не сопьюсь”, “У меня будет хорошее здоровье”, “Меня не посадят в тюрьму” и т.д. Настораживает отсутствие у подростков страха за то, что может случиться что-то плохое с ними лично: “Нет, со мной ничего плохого не случится, а вот с другим – может: его посадят в тюрьму, он сопьется”.



Соотношение оптимистических и пессимистических прогнозов	В экспериментальной выборке	В контрольной выборке
1 группа – нереалистический оптимизм	26%	35%
2 группа – оптимизм по отрицательному признаку	13%	4%
3 группа – оптимизм по положительному признаку	2%	9%
4 группа – нереалистический пессимизм	4%	10%
5 группа – пессимизм по положительному признаку	7%	4%
6 группа – амбивалентные тенденции	35%	11%
7 группа – сбалансированная оценка	13%	27%

Рис 1. Дифференцированные тенденции в оценке вероятного будущего.

Таким образом, несмотря на то, что “оптимизм по отрицательному признаку” обнаруживают испытуемые как экспериментальной, так и контрольной группы, количество подростков, склонных к проявлению “оптимизма по отрицательному признаку” значительно больше в экспериментальной группе. Мы полагаем, что наличие “оптимизма по отрицательному признаку”, можно рассматривать как психологическое условие, способствующее формированию девиантного поведения, как показатель готовности подростка к риску.

В 3 группу вошли подростки, которые проявляют оптимистические тенденции только по одному признаку – положительному (“у меня случится больше положительных событий, чем у сверстников”) они составили 2% от выборки экспериментальной группы и 9% от выборки контрольной группы. Мы обнаружили, что значительно меньшее количество подростков экспериментальной группы (примерно в четыре раза меньше, чем среди подростков контрольной группы) проявляют оптимизм “по

положительному признаку”, но значительно больше (примерно в три раза больше, чем среди подростков, контрольной группы) среди них тех, кто обнаруживает “оптимизм по отрицательному признаку”.

В 4 группу вошли подростки – “нереалистические пессимисты”, которые шансы возникновения положительных и отрицательных событий прогнозировали неравномерно для себя и других. Они прогнозируют, что в будущей жизни у их сверстников все будет лучше, чем у них (“у меня случится меньше положительных событий, чем у сверстников и больше отрицательных событий по сравнению со сверстниками”). Эта группа составляет 4% от выборки экспериментальной группы и 10% от выборки контрольной группы. Можно констатировать, что количество подростков экспериментальной группы, склонных к проявлению “нереалистического пессимизма” (“у меня случится меньше положительных событий и больше отрицательных событий по сравнению со сверстниками”) оказалось значительно

меньше (примерно в два с половиной раза меньше) по сравнению с количеством подростков контрольной группы.

Пятую группу образовали подростки, которые проявляли пессимистические тенденции по одному признаку – положительному (“у меня случиться меньше положительных событий, чем у сверстников”). Эти испытуемые составили 7% от выборки экспериментальной и 4% от выборки контрольной группы. Количество испытуемых экспериментальной группы, которые склонны проявлять пессимизм “по положительному признаку” (“у меня случиться меньше положительных событий, чем у сверстников”) примерно в два раза больше по сравнению с количеством подростков, имеющих такие установки, в контрольной группе. Другими словами, подростки экспериментальной группы чаще полагают, что в их жизни (“со мной”) случится гораздо меньше хороших событий, чем у сверстников (“со сверстниками”).

Мы предполагаем, что в принципе может быть группа, испытуемые которой проявляют пессимистические тенденции только по одному признаку – отрицательному (“у меня случиться больше отрицательных событий, чем у сверстников”), но в проведенном исследовании такие испытуемые не представлены.

В 6 группу мы включили подростков, которые давали амбивалентные прогнозы. При качественном анализе результатов исследования амбивалентными, мы считали прогнозы испытуемых, которые проявляли оптимистические тенденции по отрицательному признаку («у меня случиться меньше отрицательных событий по сравнению со сверстниками») и пессимистические тенденции по положительному признаку («у меня случиться меньше положительных событий, чем у сверстников»). Другими словами, испытуемые, проявившие амбивалентность, давали противоречивые оценки относительно своего будущего, проявляя оптимистические и пессимистические тенденции одновременно. Мы обнаружили, что проявление данных тенденций различно у подростков экспериментальной и контрольной группы. Таких испытуемых в экспериментальной группе – 35%, а в контрольной – 11%. Следовательно, подростки экспериментальной группы приблизительно в три раза чаще, по сравнению с подростками контрольной группы, проявляют противоречивые тенденции в

прогнозировании будущего, обнаруживая у себя одновременно оптимистические и пессимистические тенденции.

Седьмую группу образовали испытуемые со сбалансированной оценкой пессимизма - оптимизма. Они шансы возникновения положительных и отрицательных событий распределяли поровну между собой и другими (“у меня столько же, сколько и у сверстников”). Такие испытуемые составили 13% от выборки экспериментальной группы и 27% от выборки контрольной группы.

В обобщенном виде результаты анализа выглядят немного по-другому (рис. 2).

Испытуемые 1, 2, 3 групп – это испытуемые с оптимистическими тенденциями, которые составили 41% от выборки экспериментальной группы и 48% от выборки контрольной группы. Таким образом, можно утверждать, что в выборке испытуемых экспериментальной группы несколько меньше испытуемых, дающих оптимистические прогнозы относительно своего будущего.

Аналогично мы объединили испытуемых 4, 5 групп – это испытуемые с преобладанием пессимистических тенденций. В проведенном исследовании получилось так, что проявление пессимистических тенденций несколько чаще встречалось среди подростков контрольной группы (14%), чем среди подростков экспериментальной группы (11%).

Следующая часть выборки – это испытуемые, сделавшие амбивалентные выборы. Между количеством испытуемых экспериментальной и контрольной групп, дающих амбивалентные прогнозы событиям будущего, получены статистически значимые различия по критерию Пирсона ($\chi^2_{0,01}=14.13$; $v=1$).

Количество испытуемых экспериментальной группы, сделавших амбивалентные прогнозы в отношении своего будущего, значительно (примерно в три раза) больше по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

С нашей точки зрения, проявление амбивалентности при прогнозировании будущих событий может негативно отражаться на личностном развитии подростков, поскольку амбивалентные выборы свидетельствуют о неопределенности, недифференцированности образа будущего, неуверенности подростка в своем будущем. И с этой точки зрения у подростков экспериментальной группы более неблагоприятные прогнозы личностного развития.

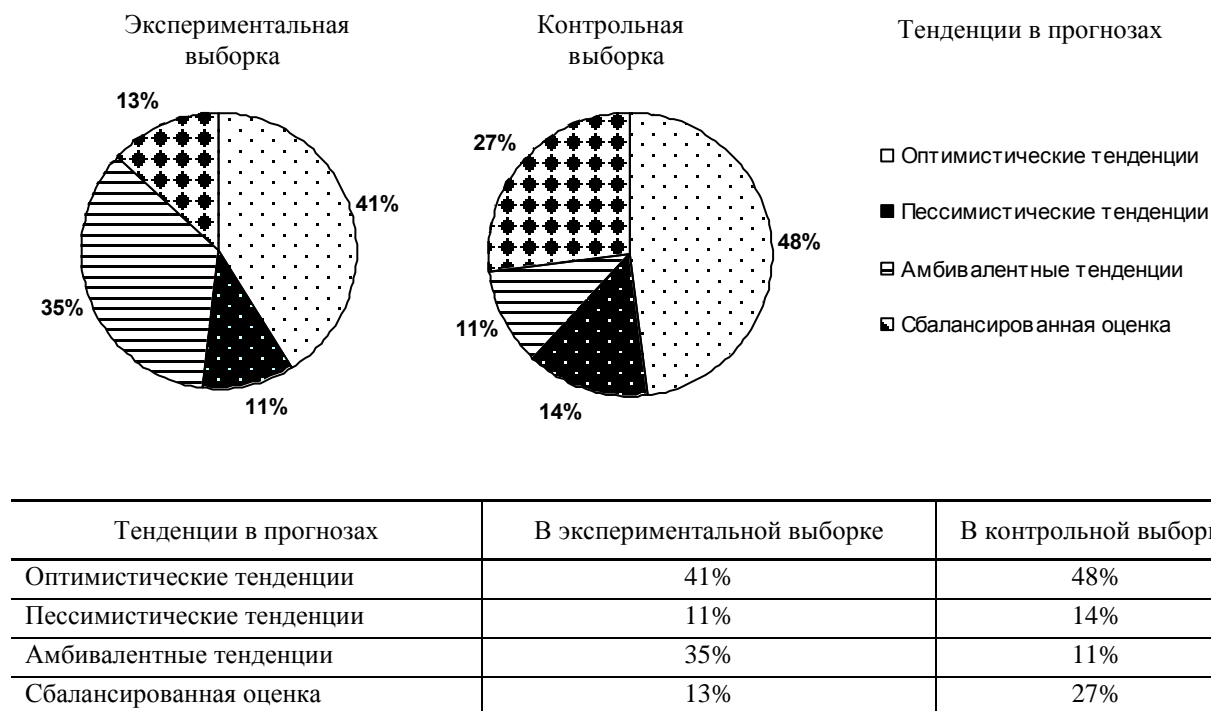


Рис 2. Обобщенные тенденции в оценках вероятного будущего.

И последняя часть выборки представлена испытуемыми, которые шансы возникновения положительных и отрицательных событий распределяли одинаково между собой и другими (“у меня столько же, сколько и у других”), другими словами это испытуемые со сбалансированной оценкой пессимизма-оптимизма.

Между количеством испытуемых экспериментальной и контрольной групп, сбалансировано оценивших вероятность будущих событий, получены статистически значимые различия по критерию Пирсона ($\chi^2_{0,05}=4,59; v=1$). Среди испытуемых экспериментальной группы таких подростков оказалось значительно меньше (примерно в три раза меньше) по сравнению с испытуемыми контрольной группы. Таким образом, подростки экспериментальной группы значительно реже обнаруживали сбалансированную оценку вероятных событий в будущем.

4. Обсуждение результатов экспериментального исследования.

Результаты эксперимента показали, что сложное сочетание оптимизма и пессимизма характерно для большинства подростков. Оптимисты и пессимисты выявляются только за счет относительной выраженности тех и других тенденций в оценке вероятных событий будущего. В этом смысле можно согласиться с

мнением М. Шейера и Ч. Карвера о необходимости оценки оптимистических и пессимистических тенденций с точки зрения обобщенной диспозиции. Анализ соотношения оптимизма и пессимизма позволяет дать более ёмкую характеристику образа вероятного будущего и переживания его подростком. Кроме того, следует отметить, что помимо «оптимистов» и «пессимистов» выявлена значительная часть подростков, проявляющих другие тенденции в оценке будущего: амбивалентные и сбалансированные.

Общий вывод проведенного экспериментального исследования состоит в том, что подростки сравниваемых групп в большей степени отличаются не представленностью собственно оптимистических или пессимистических ожиданий, а соотношением амбивалентного и сбалансированного прогнозирования будущего.

Анализируя результаты исследования, можно согласиться с Н. Вайнштейном и констатировать, что оптимистические тенденции в оценках будущего в целом преобладают в сравнении с другими тенденциями (пессимистическими, амбивалентными и сбалансированными) у большинства подростков, находящихся в разных условиях воспитания. Однако у подростков экспериментальной группы оптимистические взгляды на будущее выражены,

в целом, в меньшей степени, чем у испытуемых контрольной группы.

Наше исследование показало, что оптимистические и пессимистические тенденции в оценке вероятного будущего неоднородны по своей структуре. Подростки экспериментальной группы в меньшей степени склонны к “нереалистическому оптимизму”, по сравнению с подростками контрольной группы. А уверенность многих подростков экспериментальной группы в том, что с ними ничего плохого произойти не может, с нашей точки зрения, создает предпосылки возникновения девиантных форм поведения.

Мы можем предполагать, что в ряде ситуаций (например, некорректное высказывание или вопросы педагога) многие подростки с пессимистическими, амбивалентными тенденциями в оценке будущего могут демонстрировать “оптимизм”, “уверенность”, создавать иллюзию, что они оптимистичны, уверены в себе и своем будущем. Такой “оптимизм”, на самом деле, является скорее бравадой, маской, защитной реакцией, которую подростки сформировали в своем прошлом и которую обнаруживают в настоящем в ответ на провокационную ситуацию. Именно эти подростки, в первую очередь, нуждаются в коррекции жизненных перспектив.

Также свидетельством психологического неблагополучия формирования личности подростка является феномен “амбивалентного прогнозирования будущего”. Склонность к амбивалентному прогнозированию у подростка может свидетельствовать о противоречивости, неопределенности его представлений о будущем. Полагаем, что подростки, склонные к амбивалентным прогнозам, нуждаются в особом педагогическом внимании и психологическом сопровождении.

В результате исследования была выделена группа подростков со сбалансированным соотношением оптимизма-пессимизма в оценке образа будущего. Именно такое отношение к будущему, вслед за А. Маслоу, можно считать наиболее благоприятным для гармоничного личностного развития подростков. Однако, таких подростков значительно меньше среди тех, кто попал в сложную жизненную ситуацию.

Анализ результатов эксперимента позволяет ответить на вопрос о том, как образ вероятного будущего влияет на актуальное личност-

ное развитие подростка. Это влияние происходит посредством формирования пессимистических, оптимистических, амбивалентных и сбалансированных взглядов подростков на вероятное будущее. Переживание за вероятные события будущего вызывает специфические психические состояния в настоящем. При этом, оптимистические прогнозы связаны с меньшей тревожностью и относительно высокой самооценкой, пессимистические установки проявляются себя в ощущении беспомощности или в ожидании негативного развития событий, а амбивалентные тенденции, сопровождающиеся неуверенностью, тревожностью, могут являться причиной формирования защитного поведения личности. Кроме того, ярко выраженные оптимистические и пессимистические тенденции могут являться признаками эгоцентризма личности, когда человек не способен реалистично оценивать вероятность событий, которые могут произойти с ним и с другими.

Выводы:

1. Для подростков, оставшихся без попечения родителей, оптимистические взгляды на будущее характерны в целом в меньшей степени, чем для подростков, воспитывающихся в семьях. Подростки, оставшиеся без попечения родителей, реже обнаруживают как “нереалистический оптимизм”, так и “нереалистический пессимизм” в сравнении с подростками, воспитывающимися в семье.

2. В образе вероятного будущего подростков, оставшихся без попечения родителей, наряду с оптимистическими и пессимистическими тенденциями, значительно представлены амбивалентные прогнозы событий будущего.

3. У подростков, оставшихся без попечения родителей, значительно реже встречается сбалансированное соотношение оптимистических и пессимистических тенденций в оценке вероятного будущего.

Литература:

1. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. – М.: Смысл, 2008.
2. Гордеева Т.О., Осин Е. Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач: опросник СОУН. – М.: Смысл, 2009.
3. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006.

4. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. – Питер, 2008.
5. Маслоу А.Г. Новые рубежи человеческой природы: Пер. с англ. – М.: Смысл, 1999.
6. Муздыбаев К. Оптимизм и пессимизм личности // Социологические исследования. 2003. № 12. С. 87-96.
7. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2004.
8. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология стресса. – СПб.: Питер, 2007.
9. Селигман М. Новая позитивная психология. – М.: София, 2006.
10. Толстых Н.Н. Временная перспектива и психологическое здоровье // Руководство практического психолога: психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: «Академия», 1995.
11. Холодная М.А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования. – СПб.: Питер, 2002.
12. Menninger K. Hope // The American Journal of Psychiatry. – 1959. – Vol. 116. – P. 481-491.
13. Weinstein Neil D. Unrealistic optimism about future life events // J. of Personality and Social Psychology. – 1980. – Vol. 39, № 5. – P. 346-349.

EFFECTS OF EDUCATION ON THE ASSESSMENT ADOLESCENTS' PROBABLE FUTURE

O. Zhiltsova

Moscow State Institute of Regional Humanitarian,
Russia

The results of a comparative study of representations of teenagers on the positive and negative events of their likely future. The study involved 54 adolescents who were left without parental care, and 138 young people being cared for at home. Experimentally studied range of optimistic, pessimistic, forecasting a balanced ambiguous and likely future developments teenagers. For teenagers without parental care, is the prevailing optimistic and ambivalent prediction of the future, while among adolescents raised in a family, are more common optimistic and balanced assessment of optimism-pessimism in predicting future events.

Key words: adolescent, the probable future and optimism, unrealistic optimism, pessimism.

УДК 616.89-008.441.44-006

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ

П.Б. Зотов

Тюменская государственная медицинская академия

Контактная информация: Зотов Павел Борисович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздравсоцразвития России
Тел.: (3452) 73-27-45, e-mail: sibir@sibtel.ru

Приводятся данные обследования 406 онкологических больных с суицидальным поведением и результаты опроса 107 онкологов. Показано, что в основе суицидального поведения больных распространенным раком лежали мотивы соматического неблагополучия (88,9%). Большинство пациентов прямо (37,8%) или косвенно (41,5%) сообщали о своих суицидальных тенденциях, и искали возможность поговорить на эту тему. 61,7% онкологов считают, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство, но 82,5% пациентов указывали, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида способствовало улучшению их самочувствия. При высказывании суицидальных мыслей 58,8% врачей активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода. Большинство онкологов отрицательно оценивают возможность суицида при врачебном содействии (74,8%) и эвтаназии (55,1%).

Ключевые слова: суицид, онкология, эвтаназия.

Больные злокачественными новообразованиями относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий. Тем не менее, применительно к самоубийствам, совершаемым онкологическими больными, определенных цифр привести нельзя, поскольку частота реализованных попыток суицида как в ранней, так и поздней стадии опухолевого заболевания точно

неизвестна [27]. В отечественной клинической онкологии и психиатрии суицидологические аспекты практически не освещены. Лишь в единичных работах показано отсутствие взаимосвязи между уровнем смертности от рака и числом самоубийств [6].

Согласно данным ряда зарубежных авторов риск самоубийства онкологических паци-

ентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста [13, 14, 20, 28]. Среди лиц, состоявших на учете в канцер-регистре (Дания, США, Швейцария), до 0,32% больных совершают попытки самоубийства, и в 0,13-0,24% случаев они завершаются летальным исходом [10, 22, 35]. Перевод этих данных в абсолютные цифры позволяет заключить, что один из каждых 300 зарегистрированных пациентов в течение всего периода наблюдения совершает суицидальную попытку, которая в 1-2 случаях из 3-х приводит к гибели.

Несмотря на проводимые исследования, принято считать, что это лишь незначительная часть реального количества суицидальных действий, так как число самоубийств в официальной статистике резко занижено, поскольку многие из них остаются нераспознанными [2, 5, 23]. Врачи и близкие суицидента нередко склонны расценивать его действия как агрессию или симуляцию, исходя из того, что принятых им мер для прекращения жизни было недостаточно [18, 31]. В других случаях суицидальные попытки могут диссимулироваться или скрываться, а в качестве причин смерти указывается основное онкологическое заболевание. Обычно учитываются только немногие случаи, повлекшие за собой госпитализацию суицидентов в токсикологические, травматологические центры, или случаи, ставшие достоянием судебно-медицинской экспертизы. Так, в проводимых нами ранее исследованиях [3] доля официально зарегистрированных суицидальных действий, совершенных онкологическими больными, составила лишь 30,9%.

Используя Шведский Канцер-регистр, включающий 424177 пациентов Р. Allebeck и соавт. [9] показали, что среди суицидентов преобладают мужчины, но эти различия практически отсутствуют в самоубийствах, совершенных в течение первого года после установления диагноза. Частота самоубийств у мужчин с онкологическими заболеваниями оказалась в 1,9 раза выше показателя суицидов среди всех мужчин, а частота самоубийств среди больных раком женщин в 1,6 раз выше, чем аналогичный показатель среди здоровых женщин.

Исследования, проведенные F. Levi и соавт. [30] в Швейцарии, отметили высокий риск самоубийства в течение первого года, после установления диагноза (3,9), с последующим его снижением до 2,2 за пятилетний период, и уменьшением до 1,5 в последующие годы. По

мнению R. Chatton [13] риск самоубийства остается значительно повышенным для женщин даже в течение 15 лет после обнаружения опухоли.

Ряд зарубежных авторов [12, 13, 20] подтверждают мнение о высоком риске самоубийств в течение первого года после установления диагноза. Считается, что большинство самоубийств совершается в интервале 3-5 месяцев после выявления злокачественного новообразования, обычно вскоре после выписки из клиники [36].

Высоким суицидальным риском так же обладает период рецидива и прогрессирования заболевания, сопровождающийся неуклонным ухудшением состояния пациентов, появлением плохо контролируемых болей и других тягостных проявлений распространенного рака [2, 9, 12, 34].

Важным детерминантным фактором самоубийства является хроническая боль, так как на стадии генерализации опухоли от 80 до 94% пациентов страдают от боли, требующей назначения системной фармакотерапии [2, 4, 21]. Несмотря на широкое внедрение в практику программ по борьбе с болью, в настоящее время до 26% онкологических пациентов вообще не получают никакого болеутоляющего лечения [29]. Это может быть связано с недостатками диагностических и лечебных мероприятий, проводимых врачом и средним медицинским персоналом [1], а так же с нежеланием больных сообщить о наличии боли или применять анальгетики. Последний момент часто не учитывается, тем не менее, часть пациентов, даже при наличии умеренных и сильных болей, мотивируют отказ от приема болеутоляющих средств опасением привыкания к лекарственным препаратам [26].

Между тем, коррекция хронического болевого синдрома является важным условием поддержания качества жизни у онкологических пациентов и профилактике нарушений психического статуса [1]. Известно, что хроническая боль имеет тесную связь с эмоциональными расстройствами. Болевой синдром, с одной стороны, может выступать в виде клинического маркера ларвированной депрессии, а с другой, индуцировать развитие психопатологической симптоматики. В онкологической практике хроническая боль обычно ведет к развитию депрессии. В проведенных нами ранее исследованиях у больных распространенными фор-

мами злокачественных новообразований с хронической болью было установлено, что депрессия выявлялась в 70,9% случаях [2]. Именно хроническая боль у этих больных явилась ведущим соматогенным фактором суицидальной активности. Более подробный анализ противоболевой терапии у этих пациентов показал, что на догоспитальном этапе в 96,0% случаев противоболевая фармакотерапия носила бессистемный характер и полного контролирования боли не было достигнуто ни у одного обследуемого. Последующее комплексное лечение, проводимое в условиях стационара, позволило добиться полного контролирования или значительного снижения боли у большинства пациентов, что способствовало снижению выраженности эмоциональных нарушений и суицидальной готовности этих больных.

Важным показателем является суицидальная динамика. Показано, что первые суицидальные идеи, как правило, формируются на этапе диагностики заболевания. Реже такой характер поведения встречается перед оперативным вмешательством и в период выявления рецидива опухоли. В этих случаях суицидальные действия совершаются достаточно спонтанно (для окружающих). В большинстве случаев суицидальные идеи, возникшие однажды, сохраняются длительный период, актуализируясь под воздействием суицидогенных факторов [2]. Длительное присутствие суицидальных идей, мотивированных, преимущественно, соматическими детерминантами распространенного злокачественного новообразования, позволяет тщательно продумать и спланировать суицид, выбрать метод и средства, гарантирующие, по мнению больного, летальный исход (эти категории отражают истинный характер суицида) [2, 23].

Выбор средства суицида при сравнении с общей популяцией имеет некоторые различия. Так, среди лиц неонкологического профиля с суицидальной целью в 70-80% случаев применяются лекарственные средства, пополняемые этот список уксусной кислотой, фосфорорганическими соединениями и другими химическими веществами [15, 16, 33]. У онкологических больных эту тенденцию можно так же проследить, но только в первые недели после выявления злокачественного новообразования, в период формирования, так называемых, острых суицидальных реакций. В дальнейшем, по мере «знакомства» с онкологической клиникой, в условиях доступности лекарственных

средств различных классов, доля самоотравлений с помощью медикаментов увеличивается, достигая, особенно среди женщин, практически 100%.

Онкологические больные с целью самоубийства применяют практически все лекарственные средства, используемые в клинике: цитостатики, анальгетики, гормоны и др. [4, 11]. В большинстве случаев пациенты осуществляют одномоментный прием препаратов различных химических групп и классов, перед этим в течение достаточно длительного времени накапливая выдаваемые им лекарства [4, 21].

Среди больных с хронической болью эта тенденция так же прослеживается. Пациенты используют все классы анальгетиков (баралгин, пенталгин, трамал и др.), психотропные препараты (обычно феназепам и amitриптилин), а так же те средства, которые назначаются им для коррекции того или иного синдрома, обусловленного опухолью (спазмолитики, гипотензивные препараты и др.). Применение сразу нескольких классов препаратов ведет к более быстрому развитию и тяжелому отравлению, что значительно снижает возможности детоксикационной терапии. В некоторых случаях больные используют наркотические анальгетики [4]. В США эта ситуация даже послужила причиной опубликования специального письма министра юстиции, в котором рассмотрены некоторые действующие федеральные законоположения, регулирующие вопросы медицинского назначения наркотиков и других опасных лекарственных средств и их возможного использования в целях суицида и эвтаназии [11].

Невысок процент антидепрессантов среди средств суицида. Это может являться показателем их достаточно редкого применения в онкологической клинике, несмотря на то, что в эмоциональной сфере больных на всех этапах лечения и реабилитации преобладает тревожно-депрессивный фон [2, 7, 24, 25, 27].

Таким образом, приведенные выше данные литературы свидетельствуют о том, что вопросы изучения суицидальной активности больных злокачественными новообразованиями актуальны. Имеющиеся публикации позволяют осветить проблему в целом, но отдельные вопросы суицидального поведения требуют дополнительных исследований.

Наша работа посвящена изучению ряда субъективных категорий двух взаимодействующих

ющих групп – врачей-онкологов и их пациентов – в отношении суицидальной активности последних.

Цель исследования: анализ мотивов суицидальной активности онкологических больных и отношения к этому вопросу врачей-онкологов.

Материал исследования.

Исследование включало 2 основных направления.

1. По специально разработанной анкете был проведен опрос 107 онкологов. В группу исследования включали врачей со стажем работы с онкологическими больными не менее 1 года. Среди опрошенных мужчины составили 55,1%, женщины – 44,9%. Стаж работы в онкологической клинике составлял от 1 года до 32 лет (средний – $12,59 \pm 4,1$ года). Опрос проводился однократно.

2. Группу исследуемых пациентов составили 406 больных распространенным раком, госпитализированных в онкологический стационар (г. Тюмень). Критерием включения в группу было присутствие различных форм суицидального поведения (при отсутствии психических нарушений психотического уровня и деменции). Женщины составляли 54,7%, мужчины – 45,3%. Возраст: от 23 до 82 лет (средний – $56,3 \pm 9,6$ лет).

С целью исключения психотравмирующего действия обсуждаемой темы анализ мотивов суицидальной активности проводился поэтапно: при оценке психического статуса, а так же в процессе психотерапевтической коррекции, осуществляемой в период стационарного лечения и динамического наблюдения. При получении полных данных результаты вносились в специально разработанную базисную карту. Статистический анализ результатов исследования проводился с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение.

1. Опрос группы врачей-онкологов.

Данные опроса показали, что 44,9% специалистов ранее встречались в своей лечебной практике с суицидальными действиями больных (непосредственно курировали этих пациентов или были свидетелями подобных случаев у коллег по работе). При этом врачи отмечали, что среди лиц, совершивших суицид, о своих суицидальных намерениях открыто сообщали лишь 6,2%, а косвенно 27,1% больных. Вместе

с тем ретроспективно онкологи указывали на наличие явных признаков депрессии у 77,1% суицидентов.

В целом, эти данные соответствуют литературным, но низкий процент сообщений больных о своих суицидальных намерениях расходится с нашими результатами, полученными при анализе суицидальных действий, где эти показатели составляли 26,5% и 32,7% соответственно. Разница в 20% по частоте открытых сообщений больных наряду с объективными причинами может быть обусловлена, в том числе, нежеланием врачей брать на себя какую-либо ответственность за совершенный суицид.

Более близкие цифры к полученным нами, дают данные опроса о частоте сообщений больных, имеющих суицидальные идеи. Так, 29,9% онкологов указали, что больные самостоятельно высказывают суицидальные идеи, 22,4% – лишь при их активном выявлении. По мнению врачей, большинство пациентов (47,7%) мысли подобного плана не озвучивают.

Интересно, что 47,7% онкологов указали, что активно не выявляют аутоагрессивные идеи. Половина опрошенных (51,4%) сообщили, что выявление суицидального поведения они проводят только в случае, если у больного имеются признаки депрессии. При этом среди лиц, заполнивших анкеты, только один специалист указал, что всегда активно расспрашивает больных на эту тему. Основой такой тактики, по его словам, являлся случай самоповешения пациента в отделении онкологического диспансера в день дежурства этого специалиста.

Подобные данные приводятся и в литературе [17, 38]. Авторы отмечают, что врачи, как правило, знают о депрессивном состоянии своих пациентов, но склонны недооценивать степень дистресса у больных. После самоубийства больного медицинские работники, в последующем, уже не преуменьшают риск суицидального поведения и более адекватно относятся к таким пациентам [19].

По данным опроса низкий процент активного выявления суицидальных идей 61,7% онкологов связывали с возможностью провоцировать этим самоубийство больных. Между тем, большинство специалистов достаточно точно выделяли наиболее суицидоопасные периоды. Так, 32,0% врачей считали, что совер-

шение самоубийства наиболее вероятно при не купируемом болевом синдроме, 18,0% – при значительном утяжелении состояния, 15,8% – при выявлении рецидива заболевания и метастазов, 15,0% – на этапе диагностики онкопатологии. Эти данные согласуются с выявленными нами периодами повышенной суицидальной готовности больных.

Как показали исследования, просто сообщение о наличии суицидальных мыслей редко является самоцелью больных. Как правило, при этом они пытаются получить какую-либо помощь. Анализ анкет выявил, что в 41,1% случаев больные просят совета относительно лечения, 19,6% просят оказать психологическую помощь, а в 12,2% случаев внешнее проявление повышенной суицидальной готовности имеет целью получить какое-либо дополнительное лечение, реже (в 5,6% случаев) – назначение наркотических препаратов для контроля болевых проявлений. Эти данные подтверждают преимущественно соматогенную обусловленность суицидального поведения у больных распространенным раком, и являются дополнительным свидетельством необходимости повышения качества оказываемого паллиативного лечения.

Ответы, характеризующие тактику онкологов при высказывании им больными суицидальных идей, показали, что в большинстве случаев (58,8%) врачи активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода. В то же время каждый четвертый (23,4%) специалист указал, что в подобной ситуации не акцентирует внимание на этой теме и старается уйти от разговора, а 15,0% ограничиваются лишь минимальными нейтральными замечаниями по поводу данных высказываний. Эти цифры показывают, что 4 из 10 больных могут не получить необходимого внимания и психологической помощи со стороны врача в ответ на свои высказывания, что в целом подтверждает полученные нами данные в группе больных (см. ниже).

Мало изученным остается вопрос о возможности врача содействовать суициду больных. Среди опрошенных 29,0% указали на такие запросы пациентов. При этом большинство врачей (74,8%) высказали категорическое неприятие содействия самоубийству, а 24,3% отметили, что оно возможно только в исключительных случаях: при далеко зашедших стадиях онкологического процесса с явлениями органной недостаточности (59,0%), при выра-

женном болевом синдроме (28,2%) или неспособности больного к самообслуживанию (12,8%). Реальное участие в подобной ситуации категорически отрицали все онкологи.

Аутоагрессивные идеи внешне могут реализовываться и в виде просьб об эвтаназии. На присутствие таких проявлений со стороны больных указали 41,1% врачей. И если возможность содействию самоубийству категорически отрицали 74,8% специалистов, то отрицательное отношение к эвтаназии высказали только 55,1% опрошиваемых, а 44,0% согласились с возможностью эвтаназии в исключительных случаях. Участие в эвтаназии отрицали все врачи.

Эти данные согласуются с результатами опроса американских врачей-онкологов. Так, в исследовании Е. Емануел и соавт. [19] было показано, что в целом врачи негативно относятся к эвтаназии и самоубийству при врачебном содействии, хотя содействие суициду все же рассматривается ими как более приемлемый путь решения вопроса о прекращении жизни больного. При этом решающим фактором считалось наличие непрерывных болей (45,5%) и трудность самообслуживания (35,5%). В то же время подобный опрос врачей в Пуэрто-Рико, напротив, показал, что большая часть (31%) поддерживают эвтаназию, и лишь 11% согласились бы на помощь суициду у терминальных больных [32]. Это свидетельствует о неоднозначном отношении врачей к этой теме в различных странах и требует более полных исследований.

2. Обследование пациентов онкологического стационара позволило получить следующие данные.

Анализ периода возникновения мыслей о суициде показал, что в условиях онкологического заболевания суицидальные тенденции впервые возникали на диагностическом этапе у 18,7% больных. В 29,3% случаев появление суицидальных тенденций наблюдалось в период проведения хирургического лечения (мастэктомия, наложение стомы и др.). У 14,5% пациентов аутоагрессивная настроенность возникла при отказе в специальном лечении из-за распространенности заболевания или выраженной сопутствующей патологии. В катамнестический период, характеризующийся формированием адаптационных форм поведения в изменившихся условиях жизни, суицидальное поведение впервые отмечали 6,7% человек. В большинстве случаев у этих пациентов наблю-

дались изменения отношений в семье, повышение конфликтов, явлений изолированности. Одним из наиболее неблагоприятных периодов по суицидальной настроенности, по сравнению с предыдущими, 34,7% больных назвали время выявления симптомов рецидива или прогрессирования опухоли. Ухудшение состояния, перевод на симптоматическое лечение являлись причиной формирования суицидального поведения у всех больных группы исследования. Безусловно, эти цифры приблизительные, так как рассчитывались по анамнестическим данным больных. Тем не менее, они позволяют рассматривать период прогрессирования рака как наиболее суицидоопасный. Это согласуется и представлениями врачей-онкологов.

Анализ мотивов показал, что подавляющее большинство – 88,9% – больных основным мотивом суицидальной готовности называли прекращение соматического страдания, 86,9% – избавление от болей, что в целом согласовывалось с данными опроса врачей. Несколько меньшее количество больных (78,1%) высказывали мысли о бессмысленности и мучительности дальнейшего существования. При этом 48,3% указывали на неэффективность проводимого лечения, а 38,2% – неспособность к самообслуживанию.

При анализе мотивов суицидальной готовности больных, в зависимости от локализации онкологического процесса, можно было отметить общую тенденцию мотивов. Вместе с тем, у больных раком молочной железы регистрировалось достоверно ($P < 0,05$) меньшее число мотивов бесперспективности существования (67,9%) и неэффективности лечения (38,7%), при одновременном доминировании желания освободить родственников от ухода за ними (31,1%). В целом, преимущественно соматическая обусловленность суицидального поведения онкологических больных определяет важный аспект работы онколога по выявлению этих идей.

Как показали исследования, большинство больных прямо (37,8%) или косвенно (41,5%) сообщали о своих суицидальных тенденциях и искали возможность поговорить на эту тему. Наиболее часто эти проблемы больные озвучивали в беседе с врачом (61,1%), отмечая, что близкие не способны обсудить с ними эту тему.

Традиционно считается, что активное выявление суицидальных идей может и индуци-

ровать самоубийство больных. Однако наши наблюдения не согласуются с этими представлениями. Обсуждение темы суицида выявило положительное отношение у 82,5% больных, и лишь в 7,9% случаев вызывало негативную реакцию. Следует отметить, что наиболее часто обсуждение вопроса добровольного ухода из жизни поддерживали пациенты с суицидальными мыслями, замыслами и намерениями, для которых эти проблемы имели высокую значимость. Напротив, в беседе больные так же отмечали нежелание врачей обсуждать эту тему, что в целом соответствовало данным анкетного опроса врачей-онкологов представленным выше.

Необходимость активного выявления суицидальных идей поддерживается многими авторами, при этом А.Б. Смулевич [8] справедливо отмечает, что обсуждение этой проблемы может хотя бы на время облегчить состояние больного, предотвратить проявления аутоагрессии. В наших наблюдениях не было отмечено ни одного случая усиления суицидальной настроенности после беседы с больным о добровольном уходе из жизни.

Выявление суицидальных идей – важный этап оценки психического статуса больных, но для разработки мер профилактики необходимым условием также является изучение способа и условий совершения суицидальных действий. В беседе с больными можно установить предполагаемый способ суицида, что, в свою очередь, дает возможность определить направления профилактической работы, например, ограничение доступности к имеющемуся дома огнестрельному оружию, лекарственным средствам и др.

В нашем исследовании оценка предполагаемого способа суицида показала, что большинство больных (64,5%), среди которых достоверно ($P < 0,05$) доминировали женщины (85,5%), рассматривали наиболее вероятным вариантом совершения самоотравления, причем только одна из женщин в качестве средства указала на прием уксусной кислоты. Остальные пациенты среди возможных средств останавливали свой выбор на лекарственных средствах. Литературные источники так же свидетельствуют о частом использовании в качестве средства самоубийства назначенных больным психотропных и болеутоляющих, в том числе наркотических средств [4, 11]. В связи с этим можно согласиться с мнением А.

Vainio [37], считающего, что много самоубийств может быть предотвращено только удалением из сферы внимания депрессивных онкологических больных различных ядов, потенциально опасных наркотиков и других фармакологических сильнодействующих средств.

Обычно самоотравление диагностируется у мужчин реже, чем у женщин. По нашим данным, мужчины с высокой частотой указывали на возможное использование, так называемых, «жестких» способов самоубийства, среди которых традиционно ведущее место занимало самоповешение (38,0%).

В целом, обобщая полученные результаты, можно сделать следующие выводы:

1. Почти половина (44,9%) врачей-онкологов встречались в своей лечебной практике с суицидальным поведением своих пациентов.

2. В основе суицидального поведения онкологических больных лежат мотивы соматического неблагополучия (88,9%).

3. По мнению врачей, суицидальные мысли не озвучивают (47,7%) пациентов. При этом 61,1% больных отмечали, что пытались обсудить на эту тему с врачом.

4. Большинство онкологов (61,7%) считают, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Но при высказывании суицидальных мыслей больными, в большинстве случаев (58,8%), врачи активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода.

5. Каждые 4 из 5 пациентов (82,5%) указывали, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида способствовало улучшению их самочувствия.

6. Большинство врачей-онкологов отрицательно оценивают возможность суицида при врачебном содействии (74,8%) и эвтаназии (55,1%).

Литература:

- Зотов П.Б. Хроническая боль среди факторов суицидальной активности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. – 2004. – № 3. – С. 77-79.
- Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи) // Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - Томск, 2005. – 48 с
- Зотов П.Б., Уманский С.М. Вопросы эпидемиологии суицидального поведения больных злокачественными новообразованиями // Тюменский медицинский журнал. – 2000. – № 1. С. 25-27.
- Зотов П.Б., Уманский С.М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2-3. – С. 20.
- Зотов П.Б., Терентьева З.М. Новые подходы к системе учета суицидальных действий онкологических больных: результаты многоцентрового исследования // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – №4. – С. 24-27.
- Разводовский Ю.Е. Суициды и смертность от рака в Беларуси // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 60-62.
- Симонов Н.Н., Гнездилов А.В. Терапия психогенных нарушений у больных злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта // "Совершенствование методов реабилитации онкологических больных". Тезисы всесоюзного симпозиума. – Л., 1978. – С. 78.
- Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
- Allebeck P., Bolund C., Ringback G. Increased suicide rate in cancer patient. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – Vol. 42, № 7. – P. 611-616.
- Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients // Psychol. Med.. – 1991, Nov. – Vol. 21, № 4. – P. 979-84.
- Arhcroft J. Physician-assisted suicide and the prescription of narcotics // Hedsache. – 2002. – Vol. 42, № 3. – P. 234.
- Bellini M., Capannini D. Increased suicide risk in cancer patients // Minerva. Psichiatr. – 1994, Sept. – Vol. 35, № 3. – P. 175-186.
- Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry // Rev. Epidemiol. Sante Publique. – 1990. – Vol. 38, № 2. – P. 125-131.
- Cimino J. The risk of suicide in cancer patients // 21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong. / Nov. 2-5, 1996, Vienna, Austria.
- Cooc R., Allcook R., Johnston M. Self-poisoning: current trends and practice in UK teaching hospital // Clim. Med. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 37-40.
- Cristophers A.B., Hoegberg L.C.G., Pedersen M. Et al. Retrospective study of acute poisonings admitted to a Danish hospital in 2001 // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 2003. – Vol. № 4. – P. 500-501.
- DeRogatis R. Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms // Psychosom. – 1976. – Vol. 17. – P. 197-206.
- Drdkova S. Sebevrazednost ve svete v obdodi 1900-1982 // Cas. lek. cesk. – 1985. – Vol. 124, № 3. – P. 73-77.

19. Emanuel E.J. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists and the public // *Lancet*. – 1996. – № 347. – P. 1805-1810.
20. Filiberti A., Ripamonti C., Saita L. et al. Frequency of suicide by cancer patients at the National Cancer Institute of Milan over 1986-90 // *Ann. Oncol.* – 1991, Sep. – Vol. 2, № 8. – P. 610.
21. Foley K.M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // *Oncology overview*. – 1993. – Vol. 1. – P. 89.
22. Fox B.H., Stanek E.J., Boyd S.C., Flannery J.T. Suicide rate among cancer patients in Connecticut // *J. Chronic. Dis.* – 1982. – Vol. 35, № 2. – P. 89-100.
23. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide // *Ann. Oncol.* – 1991. – Vol. 2, № 1. – P. 8.
24. Hodgson G. Depression, Sadness and Anxiety // *The management of terminal malignant diseases*. – 3 Rev. ed, 1993. – С. 102-131.
25. Holland J. (Холланд Дж.), Леско Л., Фрейдин Ю.Л., Шкловский-Корди Н.Е. Опыт введения в современную психоонкологию // *Независимый психиатрический журнал*. – 1995. – № 4. – С. 9-17.
26. Johnson F., Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // *Psycho-oncol.* – 2000. – Vol. 9, № 5. – P. 30.
27. Krant M., Roy Ph. Срочная медицинская помощь в онкологии. – М.: Медицина, 1985. – С. 383-394.
28. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. – 43-50.
29. Lattanzio F., Gambassi G., Polla R. et al. Gestione del dolore nel paziente anziano affetto da cancro // *G. gerontol.* – 1998. – Vol. 46, № 1-2. – С. 125-126.
30. Levi F., Bulliard J.L., La Vecchia C. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud // *Oncology*. – 1991. – Vol. 48, № 1. – P. 44-47.
31. Moens Guido F.G. The reliability of reported suicide mortality statistics. An experience from Belgium // *Int. J. Epidemiol.* – 1985. – Vol. 14, № 2. – P. 272-275.
32. Ramfrez-Rivera J., Cruz J., Jaume-Anselmi F. Euthanasia. Assisted suicide and end-of-life care: attitude of students. Residence and attending physicians // *Puerto Rico health Sci. J.* – 2006. – Vol. 25, № 4. – P. 325-329.
33. Saviue Ph., Bedry R., Flesch F. Epidemiologie des intoxications medicamenteuses volontaires // *Med. Ther.* – 1999. – Vol. 5, № 1. – С. 45-48.
34. Stenager E.N., Bille-Brache U., Jensen K. Cancer and suicide. Review of the literature // *Ugeskr. Laeger.* – 1991; Mar. 11. – Vol. 153, № 11. – P. 764-768.
35. Storm H.H., Christensen N., Jensen O.M. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986 // *Cancer*. – 1992, Mar., 15. – Vol. 69, №6. – P. 1507-1512.
36. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978-1994 // *Jap. J. Cancer Res.* – 1999. – Vol. 90, № 8. – P. 812-817.
37. Vainio A. Several brain dysfunctions-mental states: depression, chronic idiopathic pain and a suicidal tendency // *Europ. J. of Pall. Care.* – 1995. – № 6. – P. 20.
38. Valente S.M., Saunders J.M. Oncology nurses' knowledge and misconceptions about suicide // *Cancer Pract.* – 1994. – Vol. 2, № 3. – P. 209-216.

SUICIDAL BEHAVIOR OF CANCER PATIENTS.
THE RATIO OF ONCOLOGISTS

P.B. Zotov

Tyumen State Medical Academy, Russia

The data survey 406 cancer patients with suicidal behavior and the results of a survey of oncologists 107. It is shown that the basis of suicidal behavior in patients with advanced cancer are the motives of somatic distress (88,9%). Most of the patients directly (37,8%) or indirectly (41,5%) reported their suicidal tendencies, and sought an opportunity to speak on this topic. 61,7% of oncologists believe that the active detection of suicidal ideation may provoke suicide, but 82,5% of patients indicated that an open, confidential discussion on the topic of suicide has helped to improve their health. At the utterance of suicidal thoughts, 58,8% of physicians are actively urging patients to irrationality of this release. Most oncologists assess the possibility of negative physician assistance in suicide (74, 8%) and euthanasia (55,1%).

Key words: suicide, cancer, euthanasia

Подписаться на журнал «Суицидология»

можно через каталог НТИ ОАО «Роспечать»

Индекс подписки: 57986

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

П.Н. Москвитин, В.А. Кубасов

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Контактная информация: Москвитин Павел Николаевич, к. м. н., доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии, наркологии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ», тел.: (3843) 45-56-01

Опрошено 304 врача-психотерапевта, обучавшихся на курсах по психотерапии. Лишь менее 10% из них отвергли саму идею суицида. Свыше 90% опрошенных профессионалов среди возможных причин суицида отметили влияние на личностное решение каких-то предшествующих событий различной степени сложности, переживавшиеся субъектом как тяжелая психологическая трагедия, произошедшая в экстремальных жизненных обстоятельствах, одиночество, беспомощность, а также развившееся тяжелое, неизлечимое заболевание. Приводится клиническое наблюдение.

Ключевые слова: суицид, врач-психотерапевт.

Исследование многогранности феномена суицидального поведения базируется на представлениях большинства исследователей проблемы суицида как последствиях процесса социально-психологической дезадаптации личности, возникающей при нарушении механизмов взаимодействия между индивидом и его социальным окружением на фоне различных психотравмирующих ситуаций и стрессогенных факторов [1, 2 и др.]. Рассмотрение суицидального поведения лишь в психиатрических рамках неизбежно суживает, по мнению А.Г. Амбрумовой и О.Э. Калашниковой [1], угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Поэтому среди причин возникновения суицидального поведения предлагается учитывать особенности как индивидуальной, так и массовой психологии в сочетании с доминирующими экзистенциальными представлениями о сущности жизни и смерти.

Профессия психотерапевта в контексте оказания реабилитационной помощи выжившим суицидентам является одной из основных, принимающих на себя бремя адекватной психотерапевтической помощи. Между тем, какие-либо систематические исследования состояния этой проблемы в среде психотерапевтов в нашей стране не проводились, и нам неизвестны также результаты изучения какими-либо социально-психологическими методами представлений среди самих психотерапевтов о допустимости и возможных мотивах суицидального поведения.

Цель исследования: изучение аспектов профессионального психологического сознания, касающиеся представлений психотерапевтов о сущности жизни и смерти.

Материал и методы исследования.

Было опрошено 304 врача-курсанта. Все опрошенные обучались как на базовых циклах по психотерапии в Новокузнецком ГИУВе, так и на выездных циклах в гг. Челябинск, Омск, Новосибирск, Барнаул, Междуреченск, Красноярск, Улан-Удэ, Находка.

При проведении опроса нами были использованы методы экспертных оценок и полуструктурированного интервью, а так же метод позитивной психодрамы, дающий возможность «социологического сканирования» в технике групповой психотерапии.

По условию интервьюирования респонденты получали генерализованное предложение высказать свою мировоззренческую позицию и должны были ответить, в том числе, на вопрос: почему, если обычно у людей имеется неприятие смерти, то для истинных суицидентов этот выбор является единственно приемлемым, тогда, когда смерть для них оказывается привлекательнее жизни.

Результаты и обсуждение.

По результатам опроса лишь менее 10% врачей-психотерапевтов отвергли саму идею суицида как осознанного выбора индивидуальной поведенческой реакции, обусловленной особенностями личности и характером экстремальных условий. Чаще всего такая жизненная позиция соотносилась с их религиозной верой или убеждениями.

Среди возможных причин суицида, на которые указали свыше 90% опрошенных профессионалов, отмечалось влияние на личностное решение каких-то предшествующих событий различной степени сложности, переживавшиеся субъектом как тяжелая психологическая трагедия, произошедшая в экстремальных жизненных обстоятельствах, одиночество, беспомощность, а также развившееся тяжелое, неизлечимое заболевание. По мнению опрошенных, чаще всего, завершённые суициды совершаются людьми зрелого и пожилого возраста в ситуации эмоционального вакуума и опустошенности. Вместе с высокой степенью терпимости к суицидальному поведению психотерапевты также обозначили в качестве подлинных ценностей, позволяющих профессионально работать с суицидентами, идеалы милосердия, долга и личной ответственности. Приведенное ниже наблюдение предшествовало проведенному опросу.

Курсант З. проходил в 1996 г. сертификационный цикл усовершенствования «Психотерапия». Вскоре после начала обучения стал говорить, что некоторые преподаватели читают его мысли, «залзают в его мозги», устраивают «телепатическую слежку». Беспочвенно проявлял агрессивные эмоции в адрес коллег-курсантов и преподавателей. Сотрудникам кафедры удалось уговорить его госпитализироваться в городскую психиатрическую больницу, где он пролечился 1,5 месяца. При госпитализации состояние было расценено как депрессивно-параноидное в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении. В дальнейшем, после выписки из стационара, периодически появлялся на кафедре. Выглядел напыщенным, заявлял о своей особой значимости, говорил, что усвоил все навыки управления людьми, что сам может читать мысли окружающих, может успешно работать психиатром, психотерапевтом, наркологом, невропатологом и др. Высказывал недовольство тем, что не получил сертификата врача-психотерапевта, пытался уговорить выписать его за деньги. Не имея сертификата и лицензии, периодически давал объявление в городской газете с указанием домашнего телефона о том, что может лечить практически все психические и соматические заболевания. В этот период времени более в психиатрический стационар не госпитализировался, на амбулаторный прием к психиатру не обращался. Берясь за решение задач, превышающих его

личностные и профессиональные возможности, не осознавая и не решая противоречий между своими данными и социальными требованиями, стал оказываться постепенно в ситуации предела своих психологических ресурсов. В эти периоды надолго пропадал из поля зрения сотрудников кафедры, не звонил и не приходил. В 1998 г., через два с половиной года с момента манифестации заболевания, стало известно, что он совершил суицид.

Таким образом, катamnестически анализируя представленный случай, можно сделать вывод о том, что у врача З. изначально, до нахождения его на обучающем цикле по психотерапии, наблюдалось процессуальное психическое заболевание в форме приступообразно - прогредиентной шизофрении с полярными аффективными расстройствами (депрессия - мания - депрессия). Вероятнее всего, что пребывание его на цикле совпало с обострением симптоматики, но, в то же время, позволило сохранить терапевтическую ремиссию в течение 2-х лет.

Среди исследований феномена суицидального поведения нам близки представления тех исследователей проблемы суицида, которые представляют его как последствия процесса социально-психологической дезадаптации личности, возникающей при нарушении механизмов взаимодействия между индивидом и его близким микросоциальным окружением на фоне различной степени выраженности психотравмирующих ситуаций и стрессогенных факторов. Применительно к среде врачей - психотерапевтов мы не можем согласиться с мнением А.Г. Амбрумовой и О.Э. Калашниковой [1], что рассмотрение суицидального поведения в психиатрических рамках неизбежно суживает угол зрения и оказывается недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Поэтому среди причин возникновения суицидального поведения в среде психотерапевтов нами предлагается также учитывать доминирующие экзистенциальные представления о сущности жизни и смерти как особенности данной профессиональной страты наряду с индивидуальной психологической и психиатрической характеристикой субъекта. Действительно, для адекватного понимания суицидального поведения необходимо в каждом конкретном случае осветить объективные условия существования суицидента, оценить

его жизненную ситуацию, положение в микро-социальном окружении, в частности, в семье, состояние его здоровья как в соматическом, так и психиатрическом аспектах.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 3. – С. 65-73.
2. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Изд-во Томского университета, 1999. – С. 265-270.

ATTITUDE PSYCHOTHERAPIST TO SUICIDAL BEHAVIOR

P.N. Moskvitin, V.A. Kubasov

National Institute of Advanced Medical Studies,
Novokuznetsk, Russia

Surveyed 304 psychotherapists. Less than 10% of them rejected the idea of suicide. Over 90% of professionals among the possible causes of suicide marked influence on the personal decision of any preceding events of varying degrees of complexity, experienced by the subject as a heavy psychological tragedy happened in extreme circumstances of life, loneliness, helplessness, and developed a severe, incurable disease. We present the clinical observation.

Key words: suicide, psychotherapist.

УДК 176.4+616.89-008.441.44

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ (ПАРАФИЛИИ) КАК ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Контактная информация: Ворошилин Сергей Иванович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Уральская ГМА» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург, e-mail: voros04@gmail.com

Парафилии повышают частоту суицидов, так как они порождают конфликты с традиционным обществом и вызывают внутриличностные конфликты. Большинство эпизодов парафилий завершаются мастурбацией, которую многие традиционно считают религиозным грехом, и ожидают непоправимых последствий ее для их здоровья.

Ключевые слова: суицид, парафилия.

Суицидальное поведение обычно возникает в ситуации конфликта с требованиями общества или выраженного внутриличностного конфликта. В конфликтах такого рода оказываются лица с различными расстройствами половых влечений. Эти расстройства, согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), разделяются на три группы: расстройства половой идентификации (F64), расстройства сексуального предпочтения (F65) и психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией, точнее гомосексуальный и бисексуальный их типы (F66.x1, F66.x2) [10]. Наиболее часто случаи суицидального поведения отмечаются у лиц из групп F64, F66.x1 и F66.x2. Однако индивидуумы с расстройствами сексуального предпочтения (F65) также могут переживать тяжелые психогенные состояния,

которые могут вести к повышению суицидальной готовности.

Человек, который обнаруживает у себя странное сексуальное влечение, к которому в обществе имеется отрицательное отношение, как к извращенному, оказывается в сложном положении. Патологическое инстинктивное желание реализации влечения требует его осуществления. Но поскольку такое поведение неприемлемо, он не может себе этого позволить, дабы не быть осужденным в глазах общества и в той или иной форме борется с ним, хотя и безуспешно.

В настоящее время нет единой общепринятой, научно-обоснованной классификации парафилий, хотя перечень их названий достигает 136 видов [9, 17]. По феноменологии клинических проявления их можно разбить на три группы: парафилии, проявляющиеся влечением

к необычному партнеру; фетишистские и аутоэротические парафилии.

1. Парафилии, характеризующиеся влечением к необычному партнеру, отличаются тем, что сексуальное удовлетворение достигается преимущественно или только с партнером, который воспринимается большинством лиц в данном обществе как неприемлемый. Общество принимает нормальным то, что человек выбирает себе в качестве брачного партнера человека противоположного пола, примерно своего возраста. Партнер должен быть привлекательным, физически и психически здоровым, не иметь явных телесных отклонений от нормы и психических отклонений, не быть преступником. Предпочитаются люди, мало отличающиеся внешне от лиц своего окружения, социального слоя, религии (среди верующих). Таков обычно выбор и самого индивидуума, но он зависит также от мнения и влияния окружающих. При выборе несоответствующего партнера на него будет оказываться определенное давление со стороны его родных, друзей, и в случае выбора, не соответствующего общепринятым требованиям, он может оказаться в изоляции и даже утратить свой статус в своем окружении.

В этой группе парафилий наиболее заметную группу составляют люди с влечением к детям (*педофилия*, *инфантифилия*) или подросткам (*педофилия*, *гебефилия*), к лицам с большой разницей в возрасте (*хронофилия*) или даже к старикам (*геронтофилия*). Всегда привлекали к себе внимание люди с влечением к своему полу (гомосексуализм), к партнерам, имитирующий другой пол (*гинемиметофилия*, *андрогинофилия*, *андромиметофилия*), к переодетым в одежду другого пола (*трансвестофилия*). Наиболее неприемлемыми и даже преступными считались инцестные связи с членами семьи (*инцестофилия*), влечение к совокуплению с животными (*зоофилия*) и трупами (*некрофилия*), и педофилия, которые могут быть предметом судебной ответственности.

Общество всегда настороженно относилось к влечением к социально неприемлемым лицам, как, например, влечение к чужестранцам, врагам и даже к преступникам (*гибристофилия*). Это влечение могло принимать достаточно неожиданные формы. Например, в странах, где преступным считалось установление сексуальных и брачных отношений с лицами определенной национальности или рели-

гии, всегда обнаруживались случаи возникновения влечения именно к таким людям. Так были случаи влечения к неграм в расистском государстве Южно-Африканский Союз (ЮАС) в годы апартеида, которое тогда было уголовно наказуемым, также как было уголовно наказуемой связь немцев с евреями в фашистской Германии. Такое влечение в ЮАС к чернокожим могло быть проявлением гетерохромофилии – влечения к партнёру с определённым цветом кожи, отличным от цвета кожи фетишиста. При этом определяющим фактором для такого влечения является именно цвет кожи, а не личностные характеристики партнёра.

Из иных вариантов аномального сексуального влечения этой группы являются влечение к лицам с физическими недостатками: с ампутациями (*акротомофилия*), с ортопедическими аппаратами (*абасиофилия*), с уродствами (*дисморфофилия*, *тератофилия*), с параличами (*паралегафилия*), с отсутствием глаза или слепотой (*амаврофилия*), с умственной отсталостью (*савантофилия*). Менее выраженные необычные влечения могут проявляться влечением к беременным (*майевзиофилия*), очень тучным (*липофилия*), очень высоким (*макрофилия*, *анастеемафилия*) или очень низким (*микрофилия*, *минифеллафилия*).

2. Фетишистские парафилии являющиеся проявлением фетишизма (вторая группа), характеризуются тем, что для реализации полового удовлетворения человек нуждается в созерцании или манипулировании с определенной частью тела или одежды партнера, без чего иногда само выполнение акта оказывается невозможным. Фетишистские манипуляции могут завершиться половым актом с партнером. Возможно получение удовлетворения только фантазированием о предмете фетиша, сопровождающееся мастурбацией (онанизмом). Фетишем могут быть детали женской одежды: сапоги и туфли (*альтокальцифилия*, *ретифизм*), ткани (*гифофилия*), кожа и мех (*дорафилия*), латекс (*латексофилия*), белье (*линжерофилия*), пеленки и прокладки (*аутонефиофилия*), униформа (*униформофилия*). У других фетишем служили части тела: уши (*гинетиколобомассофилия*), груди (*маммагимнофилия*), нос (*назофилия*), рот и зубы (*одонтофилия*), ягодицы (*пигофилия*), ноги (*подофилия*), культи (*акротомофилия*), волосы (*трихофилия*), член (*фаллофилия*), шрамы на коже и пирсинг (*стигматофилия*). У третьих

фетишем являются выделения тела партнера: кровь (*гематофилия*), пот (*гигрофилия*), моча (*урофилия*), экскременты (*копрофилия*), слюна и рвотные массы (*эметофилия*).

3. Третью группу расстройств сексуального предпочтения составляют аутоэротические парафилии, в которых стимулом, вызывающим сексуальное возбуждение, являются определенные поведенческие акты зависимого индивидуума. При этом субъект обычно не входит в непосредственное общение с другим партнером, а сексуальное удовлетворение получает от одновременного или последующего онанизма. У одних возбуждающим стимулом являются разглядывание порнографических картинок или фильмов (*пиктофилия*), чтение или пересказ эротических текстов (*нарратофилия*), изготовление порнографической продукции (*порнографомания*), подглядывание за обнаженными или совершающими половой акт (*вуайеризм*), созерцание спаривающихся животных (*фаунофилия*). У других для возбуждения необходимо оголиться на публике или перед лицом другого пола (*аподисофилия*, *экспозиционизм*), прикасаться к лицу другого пола в толпе (*фроттеризм*), самоудушение (*асфиксифилия*), введение клизмы (*клизмафилия*), переодевание в одежду, признаваемой приемлемой только для лиц другого пола (*фетишистский трансвестизм*). У третьих возбуждающими являются представление себя перенесшим ампутацию или рассечение члена (*апотемнофилия*), представление у себя дефекта ног (*аутоабасиофилия*), представление себя изнасилованным (*раптофилия*), умирающим (*агонофилия*), маленьким ребенком (*инфантифилия*). У некоторых возбуждение могут вызывать проповеди в церкви (*гомилофилия*), религиозные предметы (*иерофилия*), созерцание деревьев (*дендрофилия*) [9].

Лицо с соответствующими парафилиями обычно испытывает при реализации своего влечения чувство сексуального удовлетворения. При этом некоторые способы получения удовольствия могут без труда многократно повторяться, как, например, разглядывание порнографической продукции, манипулирование с фетишистскими предметами, занятие мастурбацией. Но в случае, если данное сексуальное влечение признается обществом недопустимым, оно должно скрываться, чтобы индивидуум не мог быть публично осужденным, последствия чего могут быть весьма различны. Будучи разоблачен, он может быть осмеян,

опозорен, признан ненормальным извращенцем, что может привести к разрыву отношений с окружающими, в том числе с друзьями и даже родными. Он может полностью потерять свой социальный статус (быть уволенным с работы, из армии, с государственной службы, из служителей культа), может подвергаться шантажу. Некоторые парафилии могут вести к привлечению к уголовной ответственности. Раньше возможность привлечения к ответственности была более распространена и могла вести к смертной казни. В настоящее время уголовно ответственно практически только педофилия, борьба с которой усиливается во всех странах мира. Нередко обнаружение у человека сексуальной парафилии ведет к распаду брака. Неоднократно описаны ситуации, когда жена обнаруживает, что ее муж является трансвеститом, эксгибиционистом, педофилом, и, в лучшем случае, обращается за медицинской помощью, задает тревожные вопросы на форумах интернета по этому поводу и нередко выражает готовность к расторжению брака.

Чем тяжелее последствия разоблачения индивидуума с парафилией, тем выраженнее его переживания. Первоначально он может сам испытывать неприятие обнаружившегося у него необычного влечения, может испытывать чувство стыда за свое постыдные желания. В дальнейшем, если все же происходит формирование парафилии, он обнаруживает свою беспомощность в борьбе с патологическим влечением. Влечение нередко приобретает характер насильственного, компульсивного, и вынуждает пациента совершать неосторожные поступки, опасные для него возможностью обнаружения и разоблачения. В последующем выраженность внутренней борьбы снижается и остается лишь эгоистичный страх разоблачения. Таким образом, любой человек с явлениями парафилии всегда испытывает значительные психологические переживания, которые могут вести к невротическим расстройствам, депрессии и суицидальному поведению.

То, что значительное число парафилий сопровождаются онанизмом, а в части случаев практически в него и трансформируются, как в самостоятельное расстройство, сыграло своеобразную роль в их утяжелении и усилении невротического компонента в недалеком прошлом, в том числе повышая возможность суицидального поведения.

Христианство и иудаизм всегда крайне негативно оценивали онанизм, рассматривая

его не столько как нежелательное поведение, сколько как тяжкий грех. В иудаизме, «если семя не зачинает человека или не поглощается женщиной, этой единственной законной его восприимницей, то оно зачинает ангела – вредителя». В исламе провозглашается «Проклятие на тех, кто имел сношения со своими руками». В Библии, в 1 Послании к Коринфянам Св. Апостола Павла было сказано: «Не обманывайтесь: ни блудники, ни идолослужители, ни прелюбодеи, ни малакии (онанисты), ни мужеложники, Царства Божия не наследуют...». По уложению XI века католического епископа Вормского, «десять дней на хлебе и воде было наказанием за рукоблудие для мужчин. Если же они использовали какой-нибудь деревянный предмет с отверстием, то наказание увеличивалось до двадцати дней». Русский церковный текст XIV века гласит: «Малакиюдеющий и тем блудящий, да примет запрещение на 3 года по 24 поклона». Позднее за онанизм, лесбийскую любовь карали мягче – постом от 40 до 60 дней и многочисленными земными поклонами. Единственной дозволенной сексуальной позой признавалась «миссионерская» – мужчина сверху. Поза «женщина сверху» наказывалась постом от 3 до 10 лет, покаянием и ежедневными земными поклонами. Оральный секс приравнивался к кровосмешению и карался 3 годами поста. Поза «мужчина сзади» считалась «скотским блудом», за что было положено минимально 600 земных поклонов, а максимально – отлучение от церкви. Выявление извращений, включая онанизм, осуществлялось в христианских странах на обязательной исповеди. Существовала практика при проведении священником исповеди, задавать исповедуемому конкретные вопросы о различных видах грехов. В перечнях вопросов перечислялись почти все виды развратных действий. Отмечалось, что юноши впервые из таких вопросов получали информацию о возможности различных извращений. Верующего из года в год спрашивали: «не согрешил ли с сестрой, с отцом родным, не рукоблудствовали ли друг с другом, не блудил ли с вдовою, или со скотом, или с птицей?». Верующие не могли не сознаваться в своих грехах. Тот, кто не признавался, испытывал дополнительные муки, сознавая, что он совершил еще больший грех – обман на исповеди. Наказуемы были даже ночные эротические сновидения и поллюции. За них налагалось специальное покаяние [7].

В конце XVII – начале XVIII века в России по европейским образцам были ужесточены наказания за сексуальные преступления. Так, было введено сожжение заживо за зоофилию, гомосексуализм и педофилию, но в дальнейшем смертная казнь была заменена телесными наказаниями и ссылкой. В исламских странах уголовно смертной казнью наказывался гомосексуализм. В демократических странах Европы и Америки, как и в России уголовно наказуемой остается только педофилия.

В XIX веке в медицине широко распространилось представление о чрезвычайно тяжелых медицинских последствиях, к которым приводит онанизм. Почти на всем протяжении XVIII и XIX вв. онанизм рассматривался как главная причина едва ли не всех заболеваний, в первую очередь, психических расстройств, эпилепсии, гомосексуализма, преступности, самоубийств. Такая точка зрения представлена в частности в изданных в 1920-е гг. книгах Роледера и Л.Я. Якобсона [8, 11]. В настоящее время крайнее отрицательное отношение к онанизму проявляют церковь и отдельные общественные организации [12].

В XX веке постепенно установилось более толерантное отношение к этому расстройству [5, 6]. Было признано, что более вредное влияние оказывали на население, особенно на молодежь, брошюры о «непоправимых последствиях» онанизма. В этих брошюрах онанизм представлялся и как грех и перед Богом, и перед людьми, а также как огромная угроза здоровью, что порождало тяжелую внутреннюю борьбу у юношей, выраженное чувство виновности, невротические состояния вплоть до самоубийства, из-за невозможности преодолеть влечение к онанизму.

С усилением влияния церкви и церковных представлений об онанизме, как о тяжком грехе, возросли переживания на форумах в интернете тех новых верующих, кто не может избавиться от этой зависимости.

На форумах можно встретить самоотчеты людей, выражающих отчаяние и чувство стыда в связи с тем, что они не могут преодолеть свое болезненное влечение: «Я стал регулярно посещать церковь, молиться... И заметил, что я стал испытывать страшную вину после онанизма ... Я даже обещал Богу, клялся ... все тщетно ... дьявол пересиливал меня ... и я себя чувствую ужасно, ведь я обманул Бога и проклялся...».

XXI век создал в связи с развитием Интернета небывалую доступность информации об аномальном сексе для любого человека. Ранее эротическая и порнографическая продукция в виде статуй, фресок, картин была дорога и доступна лишь немногим богатым людям. Книгопечатание, фотография, кино, телевидение, видео и интернет последовательно расширили число людей, кому стала доступна эротическая продукция, содержащая информацию о любых видах аномального секса, ранее мало известных или неизвестных. Вследствие этого общественный контроль над процессом распространения такой информации стал невозможен. Сексуальная революция 1960-х годов сняла почти все табу, которые ранее ограничивали распространение сексуальной практики, считавшейся развратом [2]. С одной стороны, это уменьшило для многих душевные переживания при вовлечении в необычный секс, а с другой стороны, распространило новые виды влечений (например, акромофилию и апотемнофилию). Растет распространённость гомосексуализма, трансвестизма, пиктофилии, ведущих иногда к распаду браков, порождающих новые невротические конфликты и суициды. Возможно, впрочем, что имеет место не столько рост числа случаев отклоняющегося сексуального поведения, сколько растёт объем информации о них.

Возможность суицидального поведения у лиц с парафилиями определяется возникновением конфликтов с обществом, с ближайшим окружением, с собственной семьей, которые осуждают такое поведение. Суицидальные мысли могут порождаться внутрилличностным конфликтом индивидуума, который сам воспринимает свое поведение, в связи с парафилией, как греховное, недопустимое, требующего наказания им самого себя.

Вопросы медицинской помощи лицам с парафилиями остаются нерешенными, поскольку, прежде всего, остаются неизученными их биологические механизмы, хотя они активно изучались [1]. В настоящее время большее значение имеет использование психотерапии, психологического консультирования, педагогического и воспитательного воздействия, а также применение социальных репрессивных методов воздействия на лиц с отклоняющимся поведением, вплоть до привлечения к уголовной ответственности.

Сегодня в различных странах одновременно наблюдаются два подхода в отношении лиц

с сексуальными парафилиями. В странах с преобладающей традиционной, особенно с религиозной культурой, остается непримиримое отношение к ним, с применением суровых общественных санкций, уголовным наказанием, вплоть до применения смертной казни. Особенно суровое отношение наблюдается в странах ислама. Эти страны не приняли Джокьякартские принципы (Yogyakarta Principles) применения международно-правовых норм «о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности», в которых права выбора сексуальной ориентации и гендерной идентичности были отнесены к «основным правам человека», провозглашенным Всеобщей декларацией прав человека ООН 1948 года. Они также отказались подписать в 2008 году «Декларацию ООН о сексуальной ориентации и гендерной принадлежности», которую в полном объеме подписали лишь 66 из 192 стран-членов ООН [3, 4]. 57 стран-членов Организации «Исламской конференции» и некоторые другие подписали альтернативное заявление [10, 14]. Самые крупные и влиятельные страны мира, включая США, Россию, Китай, Индию, а также страны Индокитая и часть стран Африки не подписали эту декларацию, но и не подписали альтернативную, за которую выступили члены Организации «Исламская конференция». Очевидно, что в этих странах уровень субъективных переживаний лиц с парафилиями должен, в первую очередь, определяться конфликтами их с обществом. В то же время, вероятно, численность лиц с парафилиями в этих странах, скорее всего, ниже, ввиду стремления не привлекать к себе внимания, не выделяться среди основного населения.

В демократических странах Западной культуры, принявших все положения Джокьякартских принципов и Декларации ООН о сексуальной ориентации и гендерной принадлежности происходит все большая декриминализация различных форм отклоняющегося сексуального поведения и их исключения из числа психических и поведенческих расстройств, все в большей степени признания их вариантами нормального поведения. Этому способствует также деятельность различных общественных организаций, отстаивающих «права» сообщества ЛГБТ – ЛГБТК (LGBT - LGBTQ) – лесбиянок (*lesbian*), геев (*gay*), бисексуалов (*bisexual*), трансгендеров (*transgenders, transsexuals, two-spirited*) и квир (*queer, questioning*),

включающие всех, имеющих половую ориентацию, отличающуюся от нормальной гетеросексуальной ориентации.

Первыми, в связи с принятием упомянутой Декларации, были декриминализованы расстройства сексуальной идентификации и ориентации. В настоящее время в ряде стран вслед за удалением из числа психических и поведенческих расстройств гомосексуализма, из их числа удаляется еще ряд форм отклоняющегося сексуального поведения. Так, трансвестизм, фетишизм и садомазохизм будут удалены из списка заболеваний в Финляндии «из-за отсутствия достаточного медицинского основания для их классификации». В Дании трансвеститов, фетишистов и садомазохистов перестали считать больными людьми в 1995 году, в Швеции и Норвегии – в 2009 году и в 2010 году соответственно. Так, в Швеции Национальный совет по здоровью и благополучию разработал документ, согласно которому из классификации болезней исключены такие типы сексуального поведения как фетишизм, трансвестизм, фетишистский трансвестизм, юношеское смещение гендерной идентичности, а также множественные смещения традиционных сексуальных предпочтений [15]. По словам Ларса-Э. Хольма, главы Национального совета по здоровью и благополучию, «личные сексуальные предпочтения не должны касаться общества. Особенно, если они освежают отношения между партнерами, вносят творческое разнообразие в сексуальную жизнь, укрепляют потенцию, и, в конечном счете – здоровье» [16]. Признание перечисленных поведенческих отклонений вариантами нормального поведения, вероятно, должно снизить уровень субъективных переживаний лиц с зависимостью от этих отклонений влечения и этим, в числе прочего, содействовать снижению их суицидогенности.

Самоотчеты на форумах показывают, что и в прошлом в части случаев конфликтные ситуации между супругами в связи с необычными влечениями преодолевались толерантным отношением к особенностям друг друга. Так, некоторые мужчины с проявлениями трансвестизма сообщали, что их жены, узнав об их насильственном стремлении переодеться в женскую одежду, смирились с этой особенностью супруга. Такие жены не только позволяли своим мужьям постоянно носить дома женскую одежду, но даже помогали им приобретать ее или сами принимали участие в таких играх с переодеванием, чем предотвращали

распад семьи, к которому некоторые из них были готовы, узнав о таком «извращенном поведении» супруга. Одни соглашались на такое принятие поведения супруга сразу, другие после безуспешных попыток отказаться от этого. Если же, узнав о склонности супруга к трансвестизму, жена не могла преодолеть отвращение к нему и оказывалась непримиримой в своем отношении к нему, брак распадался.

При опросе на форуме www.globalforum.ru на вопрос «одевает ли ваш мужчина женское белье» отрицательно ответили лишь 64% опрошенных, 20% ответили, что «редко» и 15% – «постоянно» [13]. Такой высокий процент, возможно, был обусловлен тем, что опрос проводился на форуме, посвященном трансвестизму. По данным более ранних исследований, примерно 5% мужчин и 3% женщин хотя бы раз в жизни переодевались в одежду противоположного пола. Для большинства таких мужчин их трансвестизм далеко не свидетельствует об изменениях в половом сознании и половой принадлежности. Но очевидно, что у отдельных индивидуумов выраженность имеющихся у них расстройств сексуальных предпочтений может становиться неприемлемой даже для демократического гражданского общества. Если мужчина трансвестит появится в карикатурном женском наряде в офисе, где требуется строгое соблюдение дресс-кода, а фетишист будет компульсивно похищать женское белье, то неизбежно встанет вопрос о лечении (или наказании) таких лиц. И в этом случае у них будут создаваться условия для суицидального поведения.

Таким образом, расстройства сексуальных предпочтений, как и иные расстройства сексуальных влечений, могут вести к развитию невротических состояний, депрессий и суицидального поведения в ситуации развития у индивидуумов конфликтных ситуаций в обществе или в связи с формированием собственного внутриличностного невротического конфликта.

При усилении побуждений к собственной внутренней борьбе, чаще безуспешной, напряженность переживаний и тяжесть последствий становятся выше. В этих условиях единственным видом помощи пострадавшим является правильное медицинское просвещение и специфическая психотерапия.

Литература:

1. Аномальное сексуальное поведение / Под ред. Ткаченко А.А., Введенского Г.Е. – М.: Изд-во

- Р. Асланова "Юридический центр Пресс". Серия: Медицина и право, 2003. – 688 с.
2. Голод С.И. Что было пороками, то стало нравами: Лекции по социологии сексуальности. – М.: Ладомир, 2005. – 233 с.
 3. Декларация ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности. UN Declaration on Sexual Orientation and Gender Identity // "General Assembly: 70th and 71st plenary meeting, morning session, 18 dec. 2008.
 4. Джокьякартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity // International Commission of Jurists – 2007. – March. – 66 p.
 5. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Судебно-медицинские аспекты мастурбации // Сексология и сексопатология. – 2005. – № 3. – С. 30-34
 6. Кон И.С. Новое о мастурбации. Доклад на Международном конгрессе по медицине мужского здоровья // Европейское общество по сексуальной медицине. Профессиональная ассоциация андрологов России. Москва, 25-26 мая 2005 г. <http://sexology.narod.ru/info159.html>
 7. Кон И.С. Клубничка на березке: Сексуальная культура в России. – М.: Время. 2010. – 608 с. 3-е изд.
 8. Роледер Онанизм. Причины, проявления болезни, предупредительные меры, лечение. Пер. с нем. С. Раева. М.: Издание автора перевода. 1927.
 9. Стивен Дж. Странности нашего секса (пер. с англ.). – М.: РИПОЛ классик, 2010. – 400 с.
 10. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х. – 1999. 232 с.
 11. Якобзон Л.Я. Онанизм у мужчины и женщины. Для врачей и студентов. Второе издание. – М.: Академическое издательство, 1928. – 290 с.
 12. Сайт, посвященный борьбе с онанизмом: <http://antio.ru/> (дата доступа 04.12.11 г.).
 13. Globalforum <http://www.globalforum.ru/index.php?showtopic=271975> (дата доступа 07.12.11 г.).
 14. State-sponsored Homophobia. The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. May 2010.
 15. Sweden removes transvestism and other 'sexual behaviours' from list of diseases. <http://www.pinknews.co.uk/news/articles/2005-9616.html/> (дата доступа 07.12.11 г.).
 16. Трансвестизм исключен из списка сексуальных перверсий в Швеции <http://www.sexopedia.ru/forums/forum68/topic4777/> (дата доступа 07.12.11 г.).
 17. The list of kinks (paraphilias) <http://blanketfort.uninhibited.net/fics/kink/kink.html> (дата доступа 07.12.11 г.).

DISORDERS OF SEXUAL PREFERENCE
(PARAPHILIAS) AS IMPORTANT FACTOR
IN SUICIDAL BEHAVIOR

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekaterinburg, Russia

Paraphilias increase the frequency of suicide as generate conflicts with traditional society and cause intrapersonal conflicts. Most types of paraphilias accompanied by masturbation, which is traditionally a religious sin for believers and many people believe that masturbation leads to irreparable consequences for health. All this makes heavier the personal feelings of patients.

Key words: suicide, paraphilias

УДК 616.8-008.64 : 616.89-008.441.44

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Ю.В. Ковалев

Ижевская государственная медицинская академия

Контактная информация: Ковалев Юрий Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Ижевская ГМА» Минздравсоцразвития России, тел.: (83412) 58-47-78, e-mail: kov6161@mail.ru

Рассматривается клиническая феноменология суицидальных мыслей при депрессии. Представляется оправданным предполагать наличие депрессии в случае любого суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, суицидальные идеи, депрессия.

Депрессия – состояние сниженного настроения, обусловленного невозможностью переживания положительных эмоций. Основа

депрессии – безрадостность (ангедония). Типичной депрессивной эмоцией считается аффект тоски, который рассматривают, как реак-

цию на невозможность радоваться [8]. Аффект тревоги при депрессии обычно вторичен от переживания «неуверенности» и слабости «Я», что, в свою очередь, является следствием падения биологического тонуса. Патологическим считают чересчур затяжное, тяжелое или аутохтонное депрессивное состояние [10]. Рассматривать депрессию как синдром правомерно, когда есть сам соответствующий симптомокомплекс (гипотимия, когнитивные, волевые и сомато-вегетативные проявления) существующий или достаточно длительно (по МКБ-10 – не менее 2 недель), или в виде повторяющихся коротких циклов [6]. Если психогенный депрессивный синдром протекает остро, говорят о депрессивной реакции. В том случае если депрессивный синдром не сформирован, а переживания психологически понятны, речь идет о непатологической депрессивной реакции, предболезненном расстройстве [5].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) депрессиями страдает около 10% населения земного шара [9]. Особенно значителен рост числа депрессий (40-60% всех психических заболеваний) наблюдается в позднем возрасте [7].

П. Пишо [3] считает, что не менее 5-10% мужчин и 10-20% женщин в течение жизни переносят депрессивный эпизод. Он же, обследовав несколько сотен больных, находящихся под наблюдением у врачей интернистов, обнаружил симптомы депрессивного спектра у 71% пациентов.

Одним из важнейших проявлений депрессии является изменение содержания мышления, отражающее переживание тотальной личностной неуспешности и общее угнетение психической активности. Среди прочих проявлений депрессивного мышления особого внимания заслуживают суицидальные идеи. Ю.Л. Нуллер и И.Н. Михаленко [2] приводят сведения о том, что приблизительно 15% причин смерти больных эндогенной депрессией составляют суициды, а 77% погибших в результате суицида психически больных страдали эндогенной депрессией.

Суицидальные идеи представлены мыслями об умышленном лишении себя жизни, легко возникающими при депрессии в силу подавления инстинкта самосохранения. В таблице 1 представлено соотношение мотивов, движущих суицидальным поведением и депрессивных симптомов.

Только при депрессии встречается расширенный суицид. В последнем случае следует различать три группы депрессивных идей бредового уровня: идеи самоуничтожения, самообвинения и нигилистические. Имеет место транзитивизм с проекцией идеей самоуничтожения на близких, что приводит к убийству «из жалости». Такому поведению предшествуют симптомы, описанные С.М. Плотниковым [4]: симптом «восхваления окружающих» и симптом «повышенной жалости к окружающим».

Таблица 1

Депрессивные симптомы и мотивы суицидального поведения

Мотивы, движущие суицидальным поведением	Депрессивные симптомы
Невыносимая душевная боль	Психалгия
Мучительность смерти от «телесной болезни»	Тревога, соматопсихические ощущения, ипохондрия
«Жестокое наказание»	Тревожные идеи самооправдания
Самонаказание	Тоскливые идеи самообвинения
Желание «не быть обузой»	Тоскливые идеи самоуничтожения
Экзистенциальный тупик (безысходность, безвыходность)	Депрессивный моноидеизм, нарушение субъективного течения времени
Нежелание жить измененным	Болезненная психическая анестезия
Удручающая возможность возврата заболевания	Краткость ремиссией, рецидивы в анамнезе
Потеря экологической ниши	Снижение адаптационных возможностей в ремиссии
Ситуационные моменты, которые прежде не были патогенными (семейные, служебные, межличностные и пр.)	Обостренная восприимчивость и реактивность

При доминировании идей самообвинения – одним из важных мотивов покушения на жизнь близких является желание избежать «семейного позора».

Нигилистические идеи обусловлены анестетической дереализацией и деперсонализацией (убийство «чтобы близкие не мучились»).

В зависимости от характера депрессии, ее глубины и течения, а также особенностей ситуации суицидальные мысли могут иметь разную степень оформленности, стойкости и интенсивности.

На высоте развития депрессии возможны импульсивные раптоидные суицидальные попытки, однако, чаще всего суицидальные тенденции реализуются при относительно неглубоких депрессиях без идеаторного и моторного торможения, со значительной выраженностью переживаний малоценности, вины, депрессивной деперсонализации. Нередко их развитию сопутствует неблагоприятная ситуация, потеря психотерапевтического контакта с врачом или близкими людьми.

Следует особо подчеркнуть риск суицида у больных с депрессивной деперсонализацией. Длительная бессонница, возникающая в период депрессии, также повышает риск суицида. Она астенизирует больного, ослабляет волю, усиливает тревогу. При одинаковой частоте суицидальных мыслей суицидальные действия отчетливо коррелируют с интенсивностью тревоги [1].

Суицидальные идеи облигатны для расстройств депрессивного спектра. Без суицидальных переживаний нет ни депрессивных состояний, ни депрессивных реакций. Суицидальные мысли появляются как при реактивных, так и при эндогенных депрессиях. Суицидальность в равной степени имеет место при патологических и непатологических (психологических) депрессивных реакциях.

Таким образом, представляется оправданным искать депрессивное ядро в случае любого суицидального поведения.

Литература:

1. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.
2. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.
3. Пишо П. Эпидемиология депрессий // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – № 12. – С. 82-84.
4. Плотников С.М., Ковалев Ю.В. Истерические маски циклотимии в климактерическом возрасте. – Ижевск, 1992. – 104 с.
5. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
6. Симуткин Г.Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2010. – 460с.
7. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния (нейрофизиологическая характеристика, клиника, лечение и профилактика). – Киев: Наукова Думка, 1986. – 272 с.
8. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Бино, 2009. – 216 с.
9. Goldberg D.P., Lecrubier Y. Prevalence of major psychiatric disorders in primary health care Form and frequency of mental disorders across centres // Ustun T.B., Sartorius N., eds. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons, 1995. P. 323–334.
10. Leckman J.F., Weissman M.M., Prusoff B.A. et al. Subtypes of depression. Family study perspective // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol. 41, № 9. – P. 833-888.

SUICIDAL THOUGHTS PHENOMENOLOGY IN DEPRESSION

Y.V. Kovalev

Izhevsk State Medical Academy, Russia

In article are considered suicidal thoughts at depression. It is expected that presence of the thoughts about unwillingness to live is a marker depressions conditions.

Key words: suicide, suicidal thoughts, depression.

Журнал «Суицидология»

интернет-доступ на www.elibrary.ru

СТРУКТУРА ЗАВЕРШЁННЫХ И НЕЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (по данным за 2001–2010 гг.)

Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило, А.А. Антонова

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Контактная информация: Барыльник Юлия Борисовна – д.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России», тел.: (845-2) 39-28-58, e-mail: me-duniv@sgmu.ru, bach.87@mail.ru

Изучена распространённость завершённых и незавершённых суицидов среди населения Саратовской области за 2001–2010 гг., с учётом гендерных различий, возрастных характеристик и места проживания – город или сельская местность.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, гендерные признаки, возраст.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Россия входит в группу с высоким и очень высоким уровнем самоубийств (более 20 случаев на 100000 населения). В 2010 г. в нашей стране распространённость суицидов составила 23,5 случая на 100000 населения. В Саратовской области этот показатель несколько ниже – в 2010 г. составил 18,4 случаев. Однако он остается стабильно высоким на протяжении ряда лет (табл. 1).

В отдельных регионах показатели зарегистрированных случаев самоубийств значительно различаются, достигая в некоторых случаях соотношения в 100 раз [5, 6]. Так же различаются показатели в городских и сельских районах, в различных возрастных группах. Различия выявляются и по гендерному признаку.

Один из двух самых высоких пиков суицидальной активности на территории России, приходится на возраст от 18 до 29 лет. При этом за число самоубийств среди молодёжи постоянно повышается [2]. Второй пик суицидальной активности охватывает лиц старше 45 лет. Эти пики условно называют «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно [8, 9]. Ряд исследователей так же отмечают повышение уровня суицидальной активности среди лиц трудоспособного возраста [4, 10].

Обращают на себя внимание гендерные различия. Наблюдается существенная разница между мужчинами и женщинами применительно к завершённым самоубийствам и покушениям. В первом случае коэффициент у мужчин в 4 раза больше, чем у женщин. Во втором случае отмечается преобладание женщин. Это объясняется тем, что женщины не всегда дово-

дят покушение до конца [1]. Доля женщин, совершающих суицидальные действия, в последние десятилетия значительно изменилась в сторону увеличения. Так, если в начале двадцатых годов прошлого века соотношение женских и мужских суицидов составляло 1 : 1,8, то сегодня эти показатели составляют – 1 : 5,2 [2].

Отмечаются различия в уровнях суицидальной активности городских и сельских жителей. Причём эти показатели так же изменяются с течением времени. Так, в 1986 г. уровень завершённых самоубийств (на 100 тыс. соответствующей группы населения – городского, сельского) составлял среди горожан 21,2, среди сельского населения – 27,5, т.е. на 29,7% больше [7]. В 1987 г. уровень самоубийств в различных регионах России был представлен следующим образом. Самый высокий уровень наблюдался в Восточно-Сибирском регионе (23,4), далее Северный (22,4), Уральский (22,3), Дальневосточный (21,7), Западно-Сибирский (21,2), Прибалтийский (21,1), затем Поволжский (20,9), Волго-Вятский (18,0), Центральный (16,6), Северо-Западный (15,5), Центрально-Черноземный (14,7), Северо-Кавказский (10,6) [7]. В 1994-1996 гг. коэффициент смертности от самоубийств среди сельского населения превысил 50, для городского населения колеблется от 35,4 до 37,9 (на 100 тыс. населения) [3]. Эти данные свидетельствуют о важности изучения суицидальной активности населения с учётом регионального фактора.

Несмотря на большое количество исследований в области суицидологии, существующие методы превенции суицидального поведения

остаются недостаточно эффективными, поскольку по-прежнему сохраняются стабильно высокие показатели уровня суицидов. Это определяет необходимость совершенствования существующих методов профилактики суицидального поведения. Одним из путей к решению рассматриваемой проблемы может послужить разработка дифференцированных методов превенции суицидального поведения с учётом регионального фактора, гендерных и возрастных особенностей.

Цель исследования: оценить основные показатели суицидальной активности населения Саратовской области в 2001-2010 гг..

Материалы и методы.

Для проведения данного исследования были использованы специально разработанные анкеты, заполняемые районными психиатрами в 2001-10 гг., характеризующие суицидологическую ситуацию в различных районах Саратовской области. На основании данных анкет были составлены сводные таблицы. Была изучена распространённость суицидов (завершённых и незавершённых) на территории Саратовской области по гендерному признаку, по возрасту и по административно-территориальному признаку (сельское и городское население). Кроме того, было подсчитано соотношение количества суицидов (включая завершённые и незавершённые) среди мужчин и женщин, а также среди сельского населения и жителей городов. Был проведён анализ экстенсивных (абсолютное число) и интенсивных (количество на 100 тыс. населения) показателей завершённых и незавершённых суицидов на тер-

ритории Саратовской области за период с 2001 по 2010 гг. Для обработки данных было использовано офисное приложение «Microsoft Excel». При этом были использованы методы: информационно-аналитический, графический.

Результаты и обсуждение.

Результаты исследования представлены в таблицах 1-5.

Общее распределение суицидальных действий с 2001 по 2010 гг. на территории Саратовской области представлено в табл. 1, рис. 1.

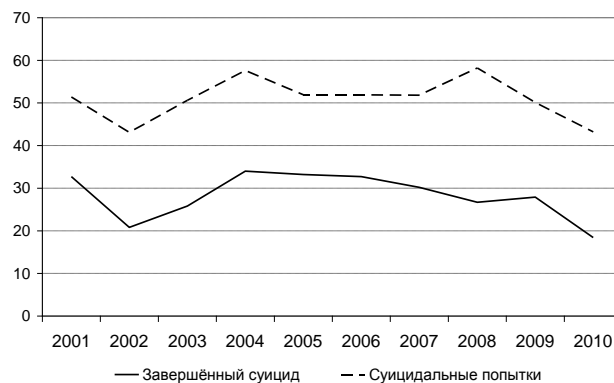


Рис. 1. Уровень самоубийств и суицидальных попыток на 100000 населения.

Можно отметить, что за рассматриваемый период наибольшее число самоубийств было совершено в 2004 г. с последующим снижением. Суицидальные попытки имели два отчетливых пика – в 2004 и 2008 гг. Обращает внимание соотношение суицидальных действий: на один суицид приходилось 1,5-2,2 суицидальные попытки.

Таблица 1

Распространённость суицидальных действий на территории Саратовской области в 2001-2010 гг.

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Завершённый суицид, абс.	853	684	899	903	871	852	785	694	722	474
на 100000 населения	32,7	20,8	25,8	34,0	33,2	32,7	30,2	26,7	27,9	18,4
Суицидальные попытки, абс.	1367	1343	1522	1520	1363	1338	1344	1511	1299	1109
на 100000 населения	51,4	43,1	50,6	57,6	51,9	51,9	51,8	58,2	50,1	43,2
Соотношение суицид : попытка	1:1,6	1:1,9	1:1,6	1:1,6	1:1,5	1:1,5	1:1,7	1:2,1	1:1,7	1:2,2
Общее количество, абс.	2220	2027	2421	2423	2234	2190	2129	2205	2021	1583
на 100000 населения	84,1	76,3	91,6	91,6	85,1	84,0	82,0	84,9	77,9	61,7

Таблица 2

Количество завершённых суицидов в Саратовской области за 2001-2010 гг, абс. (распределение по полу)

Пол	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Жен.	273	212	252	298	270	349	235	229	195	152
Муж.	580	472	647	605	601	503	550	465	527	322
Ж : М	1:2,12	1:2,22	1:2,57	1:2,03	1:2,23	1:1,44	1:2,34	1:2,03	1:2,7	1:2,12
Всего	853	684	899	903	871	852	785	694	722	474

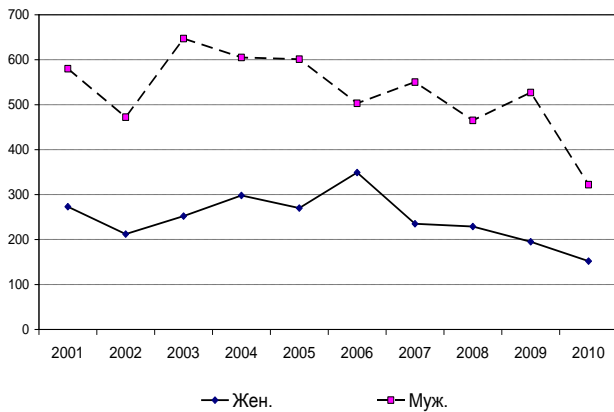


Рис. 2. Число самоубийств среди мужчин и женщин, абс.

Среди мужского населения пик суицидальной активности в абсолютных показателях регистрировался в 2003-05 годах, с последующим волнообразным снижением до минимальных показателей в 2010 г. (рис. 2). Среди женщин максимальное количество завершённых суицидов было отмечено в 2006 году (n=349), так же с последующим снижением.

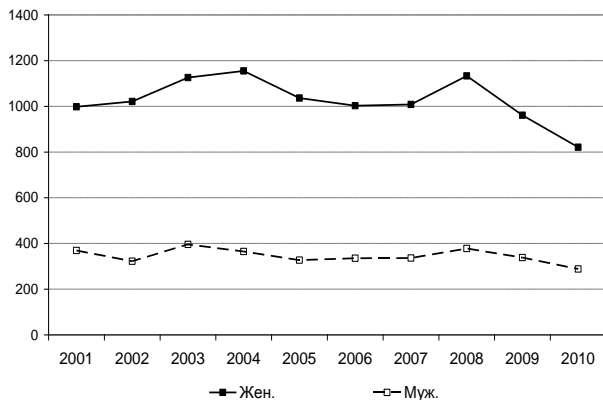


Рис. 3. Число суицидальных попыток среди мужчин и женщин, абс.

Расчет соотношений по гендерному признаку дает показатели от 1,44 до 2,57 (средний 2,18). То есть на одну погибшую женщину в среднем приходится более двух мужчин, что, в целом, отражает общую тенденцию по стране. Из приведенных данных по нашему региону на рисунке 2 обращает внимание удаление ген-

дерных кривых в 2003 г. – повышение доли мужского населения (соотношение – 2,57), и приближение их 2006 г. – повышение доли женщин (соотношение – 1,44).

Другие соотношения выявляются при оценке суицидальных попыток. В приведенных данных на рис. 3 и табл. 3 можно отметить, что среди лиц, совершивших суицидальную попытку, напротив, преобладают женщины. При этом женщины совершают аутоагрессивные действия в 3 раза чаще.

В отличие от завершённых суицидов гендерное соотношение по годам имеет меньший разброс – от 0,31 до 0,35, и в среднем составляет – 0,33. Эти соотношения так же отражают общероссийскую тенденцию.

Интерес представляла и повозрастная характеристика регистрируемых суицидальных действий.

При оценке данных табл. 4 можно отметить, что за исследуемый период общее число самоубийств, совершаемых в подростковом и юношеском возрасте, составляет не более 8% и при этом имеет четкую тенденцию к снижению. На наиболее социально активную возрастную группу, 19-50 лет, приходится максимальное количество суицидальных действий – до 65%, а среди лиц от 51-60 лет – 16%. В целом доля населения трудоспособного возраста составляет до 80% от общего числа. Количество суицидов, совершённых людьми старше 60 лет так же достаточно значительна – до 12%.

Суицидальные попытки при повозрастной оценке имеют некоторые различия с завершёнными суицидами (табл. 5). Наиболее значимыми отличиями является перераспределение доли в сторону более молодой категории, при одновременном снижении частоты попыток лицами старше 60 лет.

Различия выявляются среди городских и сельских жителей Саратовской области. Количество суицидов среди городского населения в среднем больше на 40%.

Таблица 3

Количество суицидальных попыток в Саратовской области за 2001-2010 гг, абс. (распределение по полу)

Пол	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Жен.	998	1021	1126	1155	1036	1003	1008	1133	961	821
Муж.	369	322	396	365	327	335	336	378	338	288
Ж : М	1:0,36	1:0,31	1:0,35	1:0,31	1:0,31	1:0,33	1:0,33	1:0,33	1:0,35	1:0,35
Всего	1367	1343	1522	1520	1363	1338	1344	1511	1299	1109

Таблица 4

Распределение завершённых суицидов среди различных возрастных групп на территории Саратовской области за 2001-2010 гг., абс.

Возраст / год	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5-14	5	4	6	6	5	6	3	1	3	1
15-18	21	17	22	20	19	22	15	12	13	4
19-50	618	487	655	664	633	586	579	468	487	351
51-60	108	79	99	87	99	141	81	81	97	42
> 60 лет	101	97	117	126	115	97	107	132	122	76
Всего	853	684	899	903	871	852	785	694	722	474

Таблица 5

Распределение суицидальных попыток среди различных возрастных групп на территории Саратовской области за 2001-2010 гг., абс.

Возраст / год	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5-14	21	35	47	38	23	31	35	20	24	18
15-18	139	118	164	129	122	91	86	108	75	62
19-50	958	991	1062	1072	944	907	962	1095	933	785
51-60	133	93	123	134	123	198	134	136	131	133
> 60 лет	116	106	126	147	151	111	127	152	136	111
Всего	1367	1343	1522	1520	1363	1338	1344	1511	1299	1109

При этом имеется тенденция к снижению количества суицидов как среди городского, так и среди сельского населения. Однако уровень суицидальной активности снижается быстрее среди населения городов.

В целом, обобщая приведённые выше данные, можно выделить следующие основные итоги:

1. На территории Саратовской области, начиная с 2004 г. по 2010 г., регистрируется тенденция к снижению общего числа самоубийств, при относительно стабильном уровне суицидальных попыток.

2. На общем фоне снижения числа регистрируемых суицидальных действий, неблагоприятной остаётся ситуация с уровнем завершённых суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков до 18 лет. В этой связи, считаем важным усиление межведомственных взаимодействий между педагогами, школьными психологами и психиатрами для более быстрого реагирования на возникновение различного рода кризисных ситуаций, а также для улучшения профилактического звена рассматриваемой проблемы.

3. В последние годы наблюдается тенденция к изменению гендерных соотношений лиц, совершивших суицидальные действия, за счет уменьшения доли мужчин.

4. Количество суицидов среди городского населения в среднем на 40% больше, чем в сельской местности.

5. Полученные в результате исследования данные будут использованы для оформления «Карты предикторов суицидального риска на территории Саратовской области». Это позволит разработать направления совершенствования помощи лицам с суицидальной активностью на территории региона и тем самым снизить уровень суицидов.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – Москва: М, 1980. – С. 87-95.
2. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – Москва: Миклош, 2008. – С. 9-31.
3. Гилинский Я.И. Социология девиантного поведения и социального контроля // Социология в России / Ред. В.А. Ядов. 2-е изд. – М., 1998. С. 587-609.
4. Голдни Р. Предупреждение суицидов. – Москва: Проссима, 2009. – С. 26-34.
5. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник РАМН. – 2006. – № 8. – С. 18-22.

6. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981-1998 гг. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53-60.
7. Смилович С.Г. Самоубийства в зеркале статистики // Социологические исследования. – 1990. – № 4. – С. 74-79.
8. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. – 1992. – № 6. – С. 19-29.
9. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993.
10. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. – 1979. – Vol. 36, № 9. – P. 1119-1124.

THE STRUCTURE OF COMPLETE AND INCOMPLETE SUICIDES IN THE SARATOV REGION (DATA FOR 2001-2010)

J.B. Barylnik, E.V. Bachilo, A.A. Antonova

Saratov State Medical University, Russia

Studied the prevalence of completed and pending suicides among the population of the Saratov region for the 2001-2010's. Taking into account gender differences, age-related characteristics and place of residence - urban or rural.

Key words: suicidal behavior, suicide, gender differences, age-related characteristics.

УДК 616.89-008.441.44-057.36

ЗАВЕРШЕННЫЙ СУИЦИД ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО ПО ПРИЗЫВУ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

В.В. Гринь, Н.Н. Спадерова, Г.В. Кулеватов, Т.В. Гаврилина

Областная клиническая психиатрическая больница, г. Тюмень

Контактная информация: Гринь Виктория Валерьевна, врач судебно-психиатрический эксперт отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ ТО «ОКПБ», г. Тюмень, тел.: (3452) 274-383, e-mail: wika1875@mail.ru

Представлен случай посмертной психолого-психиатрической экспертизы завершеного суицида военнослужащего по призыву, совершившего самоубийство в военной части во время учебных стрельб. Показано, что суицидальное поведение формировалось в рамках острого транзиторного психотического расстройства. В качестве мер профилактики суицидальных действий, авторами предлагается проведение просветительной работы с сержантским и офицерским составом.

Ключевые слова: суицид, военнослужащий, экспертиза.

На экспертизу были представлены материалы уголовного дела и медицинская документация (амбулаторная карта наблюдения по месту жительства, личное дело призывника, медицинская книжка рядового) военнослужащего по призыву, совершившего завершеного суицид в военной части во время учебных стрельб.

Анализ документов показал, что военнослужащий N рос и развивался в соответствии с возрастом, в полноценной семье. Ходил в детский сад, своевременно пошел в школу, где хорошо учился и не имел конфликтов, дружил с одноклассниками, пользовался уважением. Любил занятия спортом, увлекался техникой. Был жизнерадостным и веселым, добрым и отзывчивым, на критику реагировал адекватно, но мог и высказаться в ответ. Пропусков уроков без уважительной причины не было, как и вредных привычек. Из перенесенных заболева-

ний были отмечены: детские инфекции, фурункулез. У психиатра и нарколога не наблюдался. Вероисповедание – православный христианин. После окончания школы поступил в колледж на специальность автомеханик, где также характеризовался как способный учащийся, уверенный в себе молодой человек. В 2010 году взял академический отпуск и решил пойти в армию, готовился к службе, занимался спортом, хотел служить на флоте. В ноябре 2010 года был призван в часть для прохождения военной службы, где показал себя спокойным, неконфликтным, малообщительным, из коллектива ничем не выделялся, по служебной деятельности не отставал, после критики не замыкался в себе, а стремился исправиться и впредь не допускать мелких бытовых ошибок. При поступлении в часть проводилось заочное психологическое тестирование, где обнаруже-

ны маловероятность нервно-психических срывов, средний уровень развития адаптационных способностей, суицидальный риск низкий. За время службы характеризовался как морально и психологически устойчивый, дисциплинарных взысканий не имел. При несении службы в наряде жалоб и недовольства не высказывал, с учебными мероприятиями справлялся удовлетворительно, знал правила выполнения учебных упражнений, имел опыт участия на занятиях по огневой подготовке.

Из обстоятельств уголовного дела: в первой декаде января 2011 года *Н* опорожнился в форменную одежду, что стало известно сослуживцам. Сержантский состав сообщил военнослужащим роты, чтобы забыли о произошедшем и не издевались по данному поводу, а в дальнейшем, чтобы никто не напоминал и не насмехался над *Н*, а также проводил беседу, где попытался успокоить его, сообщил, что может обращаться при необходимости поддержки. Как следовало из показаний военнослужащих, после произошедшего *Н* изменился в настроении, стал замкнутым, практически перестал общаться с сослуживцами, видимо считал, что над ним все насмеваются. Во время приема пищи практически ничего не ел. Через 5 дней при сборе подразделения у *Н* возникли трудности с одеванием форменного обмундирования, задерживал остальных, из-за этого стал сильно переживать и волноваться, его постоянно все подгоняли, некоторые военнослужащие помогали одеваться, поправляли форму, приводили внешний вид в порядок. При следовании на стрельбы выглядел поникшим, расстроенным, ко всему безразличным. При проведении стрельб совершал ошибки, чем вызвал недовольство и замечания офицера. Никак на замечания не отреагировал, ничего не отвечал и при подаче следующей команды на огонь очередь, приставив себе дулом автомат в область груди, совершил выстрелы. Скончался в хирургическом отделении госпиталя.

Для установления психического заболевания, причин самоубийства была назначена по смертная амбулаторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При психологическом исследовании было обнаружено, что *Н* имел такие индивидуально-психологические особенности как средний уровень интеллектуального развития, скрытность, замкнутость, целеустремленность, избыточная самокритичность, опасение неуспеха. Общение с окружающими носило формальный характер, не

затрагивающий обсуждения значимых переживаний. Ценностно-смысловая сфера характеризовалась, прежде всего, незрелостью социальных установок с инфантильными идеализированными представлениями об окружающей действительности, что реализовывались в его поведении через повышенную требовательность к себе, трудностями установления неформальных глубоких межличностных отношений. В силу этих особенностей непроизвольное опорожнение кишечника оказалось субъективно значимой для него ситуацией, носившей выраженный психотравмирующий характер, глубоко унизившей и оскорбившей его чувство собственного достоинства и чести. Оказались субъективно разрушенными его идеализированные представления об окружающей действительности, социальные стереотипы восприятия других людей, следствием чего стало разочарование в людях, в себе.

Проанализировав все предоставленные материалы, экспертная комиссия пришла к следующему выводу, что *Н* вплоть до самопроизвольного опорожнения кишечника признаков какого-либо психического расстройства не обнаруживал, после чего психическое состояние стало меняться. Вначале наблюдалась реакция растерянности, смущения, затем все более замыкался в себе, перестал разговаривать, отказывался от еды, все более погружаясь в собственные переживания. В дальнейшем, как отмечали сослуживцы, стал неразговорчивым. Было видно, что переживал, видимо считал, что смеются за спиной, озирался по сторонам, прислушивался к разговорам. Эти факты свидетельствуют о развивающемся психотическом эпизоде реактивного генеза, чему послужила значимая для данной личности с такими особенностями как замкнутость, тревожность, склонность глубоко переживать неудачи, повышенная требовательность к себе, психотравмирующая ситуация. Испытуемый на начальном этапе психотического состояния пытался найти выход из создавшегося положения, а именно ограничивал себя в еде, что, по видимому, не дало ожидаемого эффекта. На этом этапе *Н* не оказывалась специализированная помощь, а возможность самостоятельного выхода из психотравмирующей ситуации отсутствовала в силу индивидуально - психологических особенностей. Попытки сержантского состава как-то облегчить положение *Н* эффекта не принесли. На протяжении 5 дней, вплоть до эпизода стрельб суицидальное поведение фор-

мировалось на фоне реактивного психотического состояния (F 23.91 по МКБ-10), характеризующегося монотематической бредовой трактовкой окружающего, а также связанной с содержанием психотравмы, погруженностью в собственные переживания, «тунельным сознанием», аффективными расстройствами.

В данном случае на фоне измененного восприятия окружающего поиск решения был крайне сужен, значимым было кажущееся осуждение окружающих, чувство собственной беспомощности, военной несостоятельности. Мотивацией суицида могло послужить ощущение военной несостоятельности – неспособность адекватно оценивать окружающую действительность и свое место в ней, чувство «поглощения» при виде оружия и невозможность рационального его использования.

Анализируя данный клинический случай, в качестве профилактических мероприятий можно рекомендовать очное и неоднократное психологическое тестирование поступающих на службу в часть на предмет выявления не психологической устойчивости вообще и суицидального риска, а выявление индивидуально-личностных особенностей чаще всего приво-

дящих к суицидальному поведению. Возможно, таких военнослужащих стоит объединять в группы для психологических тренингов, а в случае возникновения ситуаций, способных вызвать психотравму, необходимо обязательно направлять к психологу. В настоящее время также назрела необходимость просветительной работы с сержантским и офицерским составом, что в случае с N позволило бы своевременно оказать психологическую и психиатрическую помощь, и предотвратить суицидальный акт.

COMPLETED SUICIDES CONSCRIPTS. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE CASE

V.V. Grin, N.N. Spaderova,
G.V. Kulevatov, T.V. Gavrilin

Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen, Russia

Presented the case of posthumous psychological and psychiatric evaluations of completed suicide at the call of the soldier who committed suicide in a military unit during shooting practice. It is shown that suicidal behavior is formed within an acute transient psychotic disorders. As a suicide prevention action proposed by the authors conduct educational work with sergeants and officers.

Key words: suicide, soldier, expertise.

УДК 616.89-008.441.44-053.2-084

АНАЛИЗ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

Ю.Б. Хмелева

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Контактная информация: Хмелева Юлия Борисовна, к.м.н., кафедра психиатрии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ», тел.: (3843) 45-48-73

Проведен анализ микросоциальных условий у детей и подростков (n=120), совершивших суицидальную попытку (отравление). Среди неблагоприятных факторов определялись преобладание неполной и деформированной семьи (65,0%), аномальные типы воспитания (85,0%). Основной разновидностью суицидогенного конфликта явилась неблагополучная семейная ситуация (50,0%). Авторы делают вывод о том, что поведение и поступки подростка невозможно оценить вне контекста особенностей семейных отношений.

Ключевые слова: суицид, дети, подростки.

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост самоубийств, особенно среди молодежи [2-4]. Изучение микросоциальных причин суицидального поведения в детском и подростковом возрасте позволяет разработать эффективные реабилитационные и профилактические мероприятия [1, 2].

Цель исследования: анализ микросоциальных условий у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы: обследовано 120 детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет включительно, совершивших суицидальную попытку путем перорального отравления. Ме-

тоды исследования: клиничко - психопатологический, статистический.

Результаты и обсуждение.

В зависимости от обнаруженной формы пограничной нервно-психической патологии, нами в процессе работы были сформированы 5 групп пациентов.

У первой группы пациентов, совершивших суицидальную попытку, была выявлена «острая реакция на стресс» (F43.0) – 52,2%. Вторая группа пациентов обнаружила депрессивные реакции и состояния (F32.0, F32.1, F43.20) – 15,0%. В остальных группах, помимо «острой реакции на стресс», была выявлена коморбидная патология. Так, в третьей группе были обнаружены патохарактерологические расстройства личности (F90.1, F91.2) – 11,7%. В четвертой – различные этапы формирующихся расстройств личности в форме «ядерных» и «органических» психопатий - (F60.1, F60.2, F60.3, F60.31, F60.4) – 15,8%. В пятой клинической группе были диагностированы расстройства поведения органической этиологии (F07.07, F07.08, F07.09) в форме психопатоподобных нарушений – 5,0%.

Проведенное исследование в целом показало преобладание неполной и деформированной семьи у обследованного контингента – 65,0% (P<0,05). Гармоничный стиль воспитания наблюдался лишь в 15,0% случаев, (P<0,05). Аномальные типы воспитания в целом составили 85,0% и среди них преобладали: гипоопека – 34,2% (P<0,05), гиперопека – 15,8% (P<0,05) и воспитание в противоречивых условиях – 15,0% (P<0,01).

Для каждой клинической группы значимым оказался свой тип воспитательного воздействия. Так, гармоничное воспитание осуществлялось только в семьях детей и подростков с депрессивным расстройством (16,7%) и «острой реакцией на стресс» (23,8%). Воспитание по типу гипоопеки преобладало в группах с «острой реакцией на стресс» (36,5%) и формирующихся психопатиях (57,9%). Дети и подростки с патохарактерологическими нарушениями и расстройством поведения органической этиологии в половине случаев воспитывались в противоречивых условиях (по 50,0%).

Относительно благополучные условия микросоциума в целом в исследовании встретились у 45,0% детей и подростков (P<0,01). В 55,0% случаев характеристиками жизни обсле-

дованных детей и подростков являлись такие неблагоприятные условия жизни как алкоголизация родителей (P<0,01), атмосфера частых семейных скандалов (P<0,01) и материальные трудности, а так же их сочетания. Относительно благоприятная семейная атмосфера максимально оказалась представленной в группах с депрессивными расстройствами (61,1%) и «острой реакцией на стресс» (60,3%). Семейные скандалы, пьянство родителей и трудное материальное положение сочетались в семьях детей и подростков с формирующимися психопатиями (73,7%; 68,4% и 52,6% соответственно), патохарактерологическими расстройствами (92,8%; 64,3% и 50,0%) и расстройствами поведения органической этиологии (83,8%; 66,7% и 66,7% соответственно).

Основной разновидностью суицидогенного конфликта явилась неблагополучная семейная ситуация (50,0%). В большинстве случаев эта причина была главной, в остальных же она служила фоном, на котором другие причины приобретали особую значимость и становились суицидогенными.

В целом, проведенное исследование подтверждает положение, что поведение и поступки подростка невозможно оценить вне контекста особенностей семейных отношений.

Литература:

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М., 2008. – С. 9-31.
2. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19. Вып. 2. – С. 17-25.
3. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клин. психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97-105.
4. Jianlin J. Suicidal rates and mental health services in modern China // Crisis. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 118-121.

ANALYSIS OF MICROSOCIAL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, COMMITTED SUICIDE ATTEMPT

J.B. Khmeleva

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medical,
Russia

The analysis of the microsocial environment of children and adolescents (n=120) who committed suicide attempt (poisoning). Among the negative factors were deter-

mined by the prevalence of incomplete and distorted family (65,0%), abnormal types of education (85,0%). The basic kind of conflict was dysfunctional family situation (50,0%). The authors conclude that adolescent

behavior and actions can not be evaluated outside the context of the features of family relationships.

Key words: suicide, children, adolescents.

УДК 17.036.11-053.6

ОБРАЗ СЧАСТЛИВОГО ЧЕЛОВЕКА У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Н.В. Лейффрид

Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского

Контактная информация: Лейффрид Наталья Валерьевна, к.п.н, доцент кафедры общей психологии факультета психологии ГБОУ ВПО «Омский государственный университет им.Ф.М. Достоевского», тел.: (3812) 67-21-18, e-mail: natv178@mail.ru

Опрошено 103 молодых человека в возрасте от 17 до 21 лет. По результатам исследования: счастливого человека характеризуют внешние выражения счастья (29,1%), наслаждение жизнью (24,2%), общительность (17,4%), взаимная любовь (16,5%) и благополучие в семейной жизни (13,5%). При этом молодые люди достаточно редко при характеристике счастливого человека обращаются к понятиям «удача», «везение», «фарт» и т.д., которые традиционно рассматриваются как синонимы термина «счастье». Особо отмечается наличие альтруистической установки молодежи, что, в принципе, не соответствует эгоистическим тенденциям, характерным для современного общества.

Ключевые слова: счастье, молодежь

Проблема счастья и переживания счастливых моментов жизни является значимой для каждой личности. Действительно, достаточно трудно найти человека, который не хотел бы быть счастливым и не переживал в течение всей своей жизни счастливых моментов. К сожалению, в психологической литературе достаточно мало эмпирических и экспериментальных исследований, посвященных этой проблематике. Отчасти это обусловлено тем, что переживание счастья имеет свою специфику у разных народов, обусловленную культурными особенностями и традициями, во-вторых, как показали наши исследования, для представлений о счастье характерен высокий уровень субъективности.

Актуальность подобного рода исследований обусловлена также тем, что по данным разных опросов процент довольных жизнью и счастливых людей в России в настоящее время небольшой и колеблется от 3% до 15%. По мнению некоторых россиян, обрести полноту и прочную основу счастья в современном мире значительно труднее, чем раньше.

В кругу ученых, поднимающих в своих трудах проблему счастья, существует убежденность, что счастье человека во многом зависит от его характера и личных качеств. В частности, достаточно известным является

следующее утверждение: счастье обычно приходит к счастливому человеку и наоборот. Русские пословицы и поговорки также акцентируют внимание на этом факте: «мудрецу и счастье к лицу», «счастье без ума, что дырявая сума» и т.д.

Данное утверждение нашло свое подтверждение в целом ряде эмпирических исследований. Результаты, полученные в них, свидетельствуют о высоких корреляциях между переживанием счастья и такими характеристиками личности как экстраверсия, самоуважение, чувство «внутреннего контроля», социабельность и коммуникативность, способность к саморегуляции и самоуправлению, склонность видеть светлую сторону действительности, а также организовывать и планировать свое время и др.

Необходимо отметить, что не только личностные особенности коррелируют с переживанием человеком счастья, но и счастливые люди заметно отличаются от несчастливых в своих оценках и восприятии окружающего мира. Они в большей степени склонны акцентировать внимание на негативных сторонах действительности, делать пессимистические прогнозы, испытывать чувство одиночества и недооценивать свои возможности как-то по-

влиять на неблагоприятные события и ход жизни.

Таким образом, проблема счастья является актуальной и значимой не только для отдельной личности, но и общества в целом.

В «Толковом словаре русского языка» в первом случае счастье определяется как чувство и состояние полного, высшего удовлетворения, а во втором как успех, удача [4]. В «Философском энциклопедическом словаре» счастье также определяется как состояние полного, высшего удовлетворения, абсолютного отсутствия желаний, идеал, осуществить который стремятся путем разумного и совместного действия [5]. При этом подчеркивается один существенный момент, который является важным для нас и помогает нам грамотно проинтерпретировать полученные результаты. А именно тот факт, что чувство счастья человека зависит не от достижения определенных благ, а от внутренней способности человека быть счастливым.

На этот аспект обращает внимание и Е.П. Ильин [3]. Так, по его мнению, счастье является сложным, имеющим когнитивный и эмоциональный компоненты понятием. Оно отражает оценку своего существования, отношение к себе как счастливому или несчастному человеку.

М. Аргайл [1] определяет счастье как осознание человеком удовлетворенности своей жизнью или как частоту и интенсивность позитивных эмоций.

Целью нашего исследования явилось изучение образа счастливого человека у молодежи.

Выборку составили 103 молодых человека в возрасте от 17 до 21 лет. В качестве критериев для отбора испытуемых послужили возраст, национальная принадлежность, место проживания (для нивелирования таких социальных факторов как место проживания и национальная принадлежность в исследовании принимали участие только русские, длительное время проживающие на территории Российской Федерации).

Такая наша позиция обусловлена тем, что представления о счастье у русского человека имеют определенные национальные корни, обусловленные русской ментальностью. А именно, склонностью русского человека к мечтательности и фантазерству, его увлеченностью размышлениями о желательном и иде-

альном, пылкой игрой воображения, ожиданием чуда и чего-то необычного.

Для достижения поставленной цели мы применили метод незаконченных предложений, а также составленную нами анкету.

Результаты исследования и обсуждение.

Прежде всего, нас интересовал вопрос, кого называют счастливым человеком. Как показали результаты исследования, в первую очередь, молодые люди называют счастливыми себя (26,2%). 13,5% респондентов считают счастливым того, кто реализовал свои потребности и возможности. Такой вариант ответа связан со спецификой этого возрастного периода. 10,6% респондентов считают счастливым того, кто радуется жизни. Внешние проявления счастья – улыбка, блеск в глазах и т.п. – позволяют безошибочно определить молодыми людьми переживание счастья другими. Поэтому умение радоваться жизни и переживание счастья в сознании современной молодежи показали высокую корреляцию между собой.

По мнению опрошенных респондентов, обычно счастливые люди улыбаются (15,5%) и проявляют доброту. Как показал проведенный нами теоретический анализ, счастье неразрывно связано с добродетелью и проявлением моральных качеств. Таким образом, несмотря на субъективность и индивидуальность данного понятия, в социальных представлениях о счастье находят свое отражение традиции и особенности русского народа.

Также респондентам было предложено завершить следующее предложение «всех счастливых людей объединяет ...». Наиболее распространенным было получено два ответа: чувство любви (28,1%) и радость (12,6%). Данные результаты согласуются с выводами И.А. Джидарьян, который выявил, что для россиян одним из главных факторов счастья является «любить и быть любимым» [2].

По мнению опрошенных, для счастливого человека важнее всего не потерять счастье (13,5%), сохранить его подольше (12,6%), делать счастливым других людей (11,6%). Особо необходимо отметить альтруистическую установку молодежи, которая отражается в третьем варианте ответа, что, в принципе, не соответствует эгоистическим тенденциям, характерным для современного общества.

Как показали результаты опроса, молодые люди достаточно редко при ответах на вопро-

сы относительно счастливого человека и его характеристик обращаются к понятиям «удача», «везение», «фарт» и т.д., которые традиционно рассматриваются как синонимы термина «счастье». Мы не можем однозначно утверждать об отсутствии подобного рода корреляций. Так как проводимые нами исследования социальных представлений об удаче, наоборот, свидетельствуют об их наличии.

На следующем этапе нашей работы мы попросили респондентов описать счастливого человека. Как и во всех предыдущих случаях было получено много единично встречающихся высказываний, что говорит об индивидуальности и высоком уровне субъективности понятия «счастье». Анализ высказываний позволил нам выделить группу наиболее часто встречающихся ответов.

Итак, счастливого человека характеризуют внешние выражения счастья (29,1%), наслаждение жизнью (24,2%), общительность (17,4%), взаимная любовь (16,5%) и благополучие в семейной жизни (13,5%).

Данные результаты подтверждают уже наметившуюся в представлениях молодых людей тенденцию к пониманию счастья как радости бытия и умения проживать каждую минуту, воспринимая мир с восторженным удивлением и благоговением. Поэтому высоким процентом обладают ответы, указывающие на то, что счастливый человек любит жизнь, наслаждается каждым ее моментом, обладает таким качеством как общительность, благополучен в семейной жизни и любви. Переживание счастья характеризуется повышенным позитивным эмоциональным фоном, т.е. всегда связано с переживанием положительных эмоций. Повышение общего эмоционального настроения, увеличение остроты переживаемых ощущений неизбежно приводят человека к более ярким внешним проявлениям своего состояния. Это объясняет высокую частоту встречаемости ответов, касающихся внешних проявлений признаков счастья, таких как «легкая походка», «постоянная улыбка на лице», «громкая эмоциональная речь», «блеск глаз» и т.д.

Таким образом, результаты нашего исследования образа счастливого человека у современной молодежи могут послужить основой изучения феномена счастья, представлений о счастье, их динамике и особенностях. Эти данные так же могут являться отправной точкой при планировании мероприятий социально-психологической помощи молодежи с признаками дезадаптации, в том числе у лиц с суицидальным поведением.

Литература:

1. Аргайл М. Психология счастья. М., 1990.
2. Джидарьян И.А. Счастье в представлениях обыденного сознания // Психологический журнал. – 2000. – Том 21, № 2. – С. 40-48.
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб: Питер, 2001. – 752 с.
4. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений. – М.: «А ТЕМП», 2004. – 944 с.
5. Философский энциклопедический словарь. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 576 с.

IMAGE OF A HAPPY MAN AT THE YOUTH OF TODAY

N.V. Leyfrid

Omsk State University, Russia

Interviewed 103 young people aged 17 to 21 years. According to the study: a happy man is characterized by the external expressions of happiness (29,1%), enjoyment of life (24,2%), sociability (17,4%), mutual love (16,5%) and well-being in family life (13,5%). At the same time young people are rarely happy when describing a person turn to the concepts of "good luck", "good luck", "luck", etc., which are traditionally regarded as synonymous with the term "happiness". Highlights the existence of altruistic youth setup that, in principle, does not correspond to the selfish tendencies characteristic of modern society.

Key words: happiness, youth.