

Суицидология №3 2011

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

С.И. Ворошилин
(Екатеринбург)
И.Н. Габсалимов (Тюмень)
О.Д. Жевелик
(Нижевартовск)
К.Ю. Ретюнский
(Екатеринбург)
Е.В. Родяшин (Тюмень)
И.П. Русакова (Тобольск)
Н.Б. Семенова (Красноярск)
С.М. Уманский (Тюмень)
В.Л. Юлдашев (Уфа)

* * *

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

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

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А,
оф. 201, 202

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

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

Заказ № 199 Тираж 1000 экз.

Подписан в печать 07.10.11 г.

Цена свободная

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»,
г. Тюмень, Володарского, 45
Телефон: (3452) 46-90-03

Интернет-ресурсы:
www.elibrary.ru
www.tyumsma.ru

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

Содержание

- Ю.Р. Вагин*
Вопросы феноменологической суицидологии 3
- П.Н. Москвитин*
Персонологические различия в процессе
профессиональной идентификации
психотерапевтов и психотерапии суицидального
поведения 17
- П.Б. Зотов, Н.И. Куценко*
Мотивы суицидальной активности и факторы
антисуицидального барьера у больных
рассеянным склерозом 21
- С.И. Ворошилин*
Игровая зависимость: социальные,
психологические и биологические основы 26
- Т.В. Решетова*
О суицидальном поведении больных
соматической клиники 37
- Г.Г. Кошелева, О.Ю. Ширяев, А.Ф. Неретина*
Анализ соматической патологии у суицидентов 39
- Т.И. Кувшинова, И.П. Овчинникова*
Современные тенденции суицидального поведения
детей и подростков-сирот 41
- Г.Н. Носачев, Е.А. Дубицкая*
Представления общества о суициде
и больных депрессией 43
- А.В. Ивлева*
Эпидемиология суицидальных попыток
в условиях Крайнего Севера Тюменской области 45
- И.В. Шадрина, К.Н. Дедова*
Факторы риска суицидального поведения
у больных с посттравматическим стрессовым
расстройством (участников современных
локальных войн) 46

Contents

<i>Y.R. Vagin</i> Questions phenomenological suicidology ... 3	<i>G.G. Kosheleva, O. Shiryayev, A.F. Neretina</i> Analysis of somatic pathology suicide 39
<i>P.N. Moskvitin</i> Personality differences in the identification of professional and psychotherapy therapist suicide17	<i>T.I. Kuvshinova, I.P. Ovchinnikov</i> Modern tendencies suicide of child and adolescent orphans41
<i>P.B. Zotov, N.I. Kutsenko</i> Suicidal motives and antisuicidal factors patients with multiple sclerosis 21	<i>G.N. Nosachev, E.A. Dubitskaya</i> Presentation of the company about suicide and patients with depression43
<i>S.I. Voroshilin</i> Game addiction: social, psychological and biological bases of 26	<i>L.V. Ivleva</i> Epidemiology of suicide attempts in the Far North Tyumen region 45
<i>T.V. Reshetova</i> About suicide somatic patients clinic37	<i>I.V. Shadrina, K.N. Dedova</i> Risk factors suicidal behavior in patients with posttraumatic stress disorder (members modern local wars) 46

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

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ

ВОПРОСЫ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

Ю.Р. Вагин

Психологический центр, г. Пермь

Контактная информация: Вагин Юрий Робертович – тел.: 8 (342) 29-00-846, 29-88-111,
e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru

Автором на основе собственных исследований и данных литературы предложена систематизация понятий, имеющих отношение к феноменологии активности, направленной против жизни. К проявлениям авитальной активности автор относит четыре группы феноменов, наблюдаемых в психологической и психопатологической клинической практике: пресуицидальную, суицидальную, парасуицидальную и десоциальную активность. Дается подробное описание и обоснование выделения каждой группы феноменов, приводятся клинические примеры.

Ключевые слова: суицидология, суицид, феноменология.

Цель работы: систематизация и усовершенствование системы понятий, имеющих отношение к феноменологии активности, направленной против жизни.

Основоположник социологии Эмиль Дюркгейм (1897) выбрал самоубийство темой своего знаменитого одноименного социологического этюда именно потому, что оно, как ему тогда казалось, «принадлежит к числу явлений, наиболее легко определяемых» [5]. Спустя немногим более ста лет ситуация изменилась настолько, что в методологическом исследовании Бэлисс и Де Лео (2001) признают, что широкие вариации определения суицидального поведения в различных исследованиях привели, в настоящее время, к фактической «нереальности и невозможности их сравнения» [20].

Терминологические проблемы в суицидологии возникают по многим причинам: во-первых, нередко наблюдается полная недефинированность некоторых феноменов и их аспектов; во-вторых, многие имеющиеся понятия обладают дефинитивной нечеткостью, многозначностью или противоречивостью (вплоть до взаимоисключаемости); в-третьих, последовательное расширение сферы исследований в суицидологии привело к вторичному «размыванию» границ многих понятий; в-четвертых, существуют лингвистические трудности переноса и/или перевода ряда понятий с одного языка на другой.

Простота понятия «самоубийство», обозначающего центральный феномен суицидологии, в настоящий момент – не более чем иллюзия повседневного мышления. В первом русскоязычном руководстве по психиатрии, в котором «клинические аспекты суицидологии» выделены отдельной главой, и, следовательно, суицидология признаётся и рассматривается как самостоятельная наука, раздел «Клинические аспекты суици-

дологии» начинается со слов: «Феномен самоубийства известен с давних времён...», а единственно цитируемое определение самоубийства принадлежит древнегреческому мыслителю Плинию, называвшему самоубийство «величайшей милостью, которая дана человеку» [6]. Нет определения самоубийства и ни в одном крупном руководстве по клинической психиатрии, изданном в нашей стране за последние десять лет. Это не может быть случайностью. Феномен самоубийства есть, и он, на самом деле, известен с самых давних времён (как бы глубоко мы ни заглядывали в историю человечества, мы везде и всегда сталкиваемся с ним), но чёткого определения самоубийства до сих пор нет.

Эмиль Дюркгейм (чьей несомненной заслугой является то, что он одним из первых рассмотрел самоубийство не как этнический или клинический феномен, не как экзотическую диковинку или симптом душевного расстройства, а как феномен социальный – феномен обществом порождаемый, в обществе существующий и с обществом связанный) дал в то же время и одно из самых сложных определений самоубийства. Дюркгейм относил к самоубийству «каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах» [5].

В принципе, если ограничить область интересов суицидологии только законченными суицидами, как это и делалось в конце XIX - начале XX века, или только законченными суицидами и суицидальными попытками, как это было принято в середине XX века, проблема многообразия форм суицидальной активности снимается сама собой, но цена такого упрощения слишком велика, чтобы мы могли согласиться на это. Если по-

следователь Дюркгейма французский социолог Морис Хальбвакс (1930) ещё считал, что область исследований суицидологии должна ограничиваться только завершёнными суицидами, то уже во второй половине XX века ведущие суицидологи однозначно высказали точку зрения, что поле суицидологических исследований должно охватывать и законченные суициды и суицидальные попытки. Расширение границ суицидологии и суицидального поведения связано с актуальностью разработки превентивных мероприятий. В России на различные и особенно ранние формы суицидального поведения обращал внимание более ста лет тому назад известный русский психиатр И.А. Сикорский, подчёркивая, что суицидальное поведение особенно обратимо на ранних этапах формирования.

Суицидология достаточно быстро преодолела ограничения социологического подхода (Дюркгейм, рассматривая самоубийство как социологический феномен, не считал целесообразным даже исследование индивидуальных случаев и мотивов самоубийств). Расширение исследований, особенно за счёт психологических и психопсихологических подходов, закономерно привело к расширению и поля исследований и появлению новых понятий, определяющих новые феномены. Именно с расширением сферы суицидологических исследований А.Г. Амбрумова связывает введение в 1947 г. Дешэ принципиально важного понятия «суицидальное поведение». Она же подчёркивает, что изучение суицидального поведения нельзя сводить только к изучению законченных суицидов и суицидальных попыток, необходимо изучать всё многообразие этого феномена и рассматривать отдельно различные виды и типы суицидального поведения [1].

Постепенно понятие суицидального поведения стало получать всё большее наполнение. Например, В.А. Тихоненко под собственно суицидальным поведением понимает любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемых представлением о лишении себя жизни [13]. Е. Шир признаёт «суицидальное поведение» как наиболее адекватный термин для определения всех сторон отношения индивида (мыслей, эмоций, словесных высказываний, действий) к возможной смерти в результате собственных действий [17]. Однако, по сложившейся традиции, в психологии под поведением понимаются только внешние проявления психической деятельности. Поэтому, в строгом смысле, понятие «суицидальное поведение» может обозначать лишь внешнюю суицидальную активность (суицидальные высказывания, угрозы, приготовления, попытки и завершённые суициды),

оставляя за скобками внутреннюю психическую суицидальную активность, которая, вне всякого сомнения, также должна входить в сферу интересов суицидологии. Пёлдинжер более правильно обозначает такой «интеграл всех душевных сил и функций, имеющих отношение к суицидальному действию», как «суицидальность». Но поскольку суицидальное поведение как разновидность взаимодействия человека с окружающей средой, исходя из определения, есть результирующая внутренней (психической) и внешней (поведенческой) активности, постольку более целесообразно использовать для обозначения данного феномена понятие «суицидальная активность». С одной стороны, активность всегда выступает в соотношении с деятельностью и, с другой стороны, её важной характеристикой является обусловленность производимых действий внутренним состоянием субъекта. Понятие суицидальной активности по своему прямому смыслу включает в себя и внутренние эмоционально-когнитивные процессы, и внешнюю поведенческую активность, связанные с сознательным намерением прекратить собственную биологическую жизнь.

Дальнейший ход исследований настолько расширил сферу суицидологии, что буквальная трактовка термина «суицид» (убийство себя) перестала вмещать весь спектр изучаемых явлений. Во-первых, как выяснилось, суицидальная модель поведения может использоваться в самых различных, не связанных непосредственно с «убийством себя» целях. Во-вторых, выяснилось, что многие фактически «самоубийственные» модели поведения не являются осознанными. В-третьих, изучены многочисленные модели поведения, сутью которых является причинение себе вреда, но не смерти. Всё это привело к появлению в суицидологии большого числа слабо очерченных, часто перекрывающих или противоречащих друг другу понятий, таких как «парасуицид», «непрямой (скрытый) суицид», «полунамеренный суицид», «полупреднамеренный суицид», «хронический суицид», «протрагированный (продлённый) суицид», «органический суицид», «локальный (частичный) суицид», «суицидальный эквивалент», «бессознательное суицидальное поведение», «аутодеструктивное (саморазрушающее, деструктивное) поведение», «аутоагрессивное поведение» и др.

Понятие аутодеструктивного или саморазрушающего поведения (*self-destructive behavior*) в качестве наиболее общего часто используется в научной литературе (не случайно еще в 80-х годах один из ведущих американских суицидологических центров в Лос-Анджелесе был преобразован в институт по изучению аутодеструктивно-

го поведения). Это не лишает его, к сожалению, неоднозначной трактовки. Многие исследователи понимают аутодеструктивное поведение достаточно узко – только лишь как «активность с высоким риском физического повреждения». В.А. Тихоненко (1978) под «аутодеструктивной активностью» понимает «опасные для жизни действия, не связанные с осознанными представлениями о собственной смерти» [13]. Американский исследователь Табачник (1961) наоборот определяет саморазрушающее поведение как совершение «любых действий, над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль, способствующих продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти» [21]. Из отечественных авторов наиболее последовательно понятие саморазрушающего поведения в широком смысле использовал Ю.В. Попов (1990, 1991, 1994). Он включает в это понятие «различные действия, поступки, поведение, в результате которых волею или неволею причиняется существенный вред себе» и рассматривал в этих рамках не только суицидальное поведение (во всех его проявлениях: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки), но и алкоголизм, наркомания и токсикомания [12].

Второе наиболее часто употребляющееся общее понятие – аутоагрессивное поведение несет в своем составе понятие «агрессивность» – одно из наиболее сложных и спорных понятий в современной психологии и спорность эта неизбежно переносится и на понятие аутоагрессивного поведения. Е. Шир (1984) считает неприемлемым этот термин, потому что термин «агрессия» кажется ему более свойственным теории ортодоксального психоанализа. Р. Бэрон и Д. Ричардсон (1997), рассматривая агрессию как форму социального поведения и взаимодействие как минимум двух индивидов, придерживаются определения агрессии как поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. На этом основании авторы вообще не относят самоубийство к агрессивным актам, так как при суициде агрессор выступает в роли собственной жертвы. «Даже если целью суицида является не смерть, а отчаянный призыв к помощи, самоубийца все-таки стремится причинить вред себе» [2].

Вышеуказанные разногласия и значительное расширение сферы исследований в суицидологии повлияли на необходимость создания нового максимально широкого понятия, включающего в себя как сознательную, так и бессознательную, как внешнюю, так и внутреннюю, как прямую, так и непрямую активность, направленную на

сокращение и/или прекращение жизни. Такую активность мы предлагаем называть авитальной («а» (лат.) – частица отрицания, «vita» (лат.) – жизнь). Под авитальной активностью мы понимаем биологическую, психическую и поведенческую активность, направленную на сокращение и/или прекращение собственного социального и биологического функционирования. Не только терминологическая путаница подтолкнула нас к попытке разрубить терминологический «гордиев узел» с помощью введения нового понятия, но и живая динамика исследований в области активности, направленной против жизни. Пройдя многие этапы, включая психопатологию и уголовный кодекс, самоубийство как феномен вошло в сферу интересов социологии, затем медицины и психиатрии, затем психологии и в настоящее время накапливается все больше данных, что самоубийство, как одно из крайних проявлений авитальной активности, обусловлено не столько внешними «факторами риска», сколько внутренней биологической по своей природе активностью, связанной с влечением к смерти и изначально заложенной в нашей природе.

На сегодняшний день к проявлениям авитальной активности мы относим четыре группы феноменов, наблюдаемых в психологической и психопатологической клинической практике: пресуицидальную активность, суицидальную активность, парасуицидальную активность и десоциальную активность.

1. Пресуицидальная активность.
 - синдром ожидания (синдром Асоли);
 - астенические состояния и усталость от жизни;
 - нежелание жить;
 - желание умереть.
2. Суицидальная активность.
 - суицидальные мысли;
 - суицидальные тенденции;
 - суицидальная готовность;
 - суицидальные попытки;
 - завершённый суицид.
3. Парасуицидальная активность.
 - аскетическая активность;
 - пренебрежение здоровьем и отказ от лечения;
 - психосоматические заболевания;
 - самоповреждения;
 - хроническое самоотравление;
 - рискованное поведение;
4. Десоциальная активность.
 - снижение социальной активности (уединение и уход в монастырь, обет молчания, нежелание иметь семью и детей и т.п.);
 - аддиктивное поведение.

Феномен псевдосуицидальной активности – использование суицидальных моделей поведения для достижения несуйцидальных целей как активность, имитирующая суицидальную активность – авитальным по своей сути не является, поскольку направлен на улучшение биологического, психологического и социального функционирования индивида. За несчастным случаем, приведшим к смерти, может скрываться авитальная активность, но за псевдосуицидальным поведением, приведшим к смерти, может скрываться только несчастный случай. Равным образом и постсуицид (постсуицидальный период, постсуицидальное состояние) – период, непосредственно следующий за суицидальной попыткой, также феноменологически не относится к авитальной активности.

Авитальная активность феноменологически начинается с пресуицидальной активности, которая отражает постепенное начало усиления скрытых и неосознаваемых авитальных тенденций от синдрома ожидания и хронической усталости (*taedium vitae*), до осознанного нежелания жить, но *без осознанного* стремления прекратить собственное *биологическое* и *социальное* функционирование. Суицидальная активность предполагает *осознанное* стремление прекратить собственное *биологическое* функционирование. *Парасуицидальная активность* предполагает *осознанное* стремление ограничить, снизить, нарушить или поставить под угрозу собственное *биологическое* функционирование и *неосознанное* стремление прекратить собственное *биологическое* функционирование. Десоциальная активность предполагает *осознанное* стремление ограничить собственное *социальное* и *психическое* функционирование и *неосознанное* стремление прекратить собственное *биологическое* функционирование. Ключевые понятия, разграничивающие различные проявления авитальной активности: социальное - биологическое; осознанное - неосознанное; сократить - прекратить.

В пресуицидальной активности можно выделить четыре феномена: синдром ожидания, астенические состояния (усталость от жизни), нежелание жить и желание умереть. Пресуицидальный период - это отрезок времени, в течение которого авитальные тенденции, постепенно нарастая, достигают границ сознания (желание умереть), но еще недостаточны для запуска суицидальной когнитивной и поведенческой активности.

Синдром ожидания (синдром Ассоли) – самый ранний из известных нам на сегодняшний день феномен авитальной активности. Синдром ожидания проявляется в том, что существо-

вание «здесь и сейчас» человека не радует и он живёт надеждой на будущее – «сейчас плохо, но потом будет хорошо», поэтому сейчас нужно не прожить, а пережить, человек мечтает «убить сейчас», «убить время», чтобы скорее наступило завтра. Этот патологический по своей сути феномен только напоминает нормальное ожидание, знакомое любому человеку, например, когда мы на поезде возвращаемся из длительной командировки и готовимся к встрече с родным городом, домом и близкими. В такие моменты особенно замечаешь, как медленно тянется время, как каждый час растягивается до невозможности, как крайне трудно занять себя чем-либо и отвлечь, чтобы время шло быстрее. Феномен ожидания проявляется в осознанном желании быстрее прожить определённый отрезок текущего времени, иногда даже при отсутствии осознанной фрустрирующей ситуации («скорее бы лето», «скорее бы выходные дни», «скорее бы окончить школу», «скорее бы выйти замуж, уйти из семьи»), что можно расценить как желание быстрее прожить свою жизнь – сократить свою жизнь. Когда неудовлетворённость осознана, наличие этого феномена постепенно складывается в синдром, основным движущим механизмом которого является надежда на ослабление фрустрации через какой-то промежуток времени, а само ожидание какого-либо события в этом промежутке времени становится тягостным. Жизнь сама по себе в данный момент глубоко не удовлетворяет человека, но при этом он не видит никакой возможности как-либо повлиять на течение событий. Единственное, что ему остаётся, – это ждать, когда что-то в его жизни произойдёт само собой (приедет принц на белом коне, появится лёгкая работа с большим заработком).

Суть синдрома ожидания заключается в том, что сформированная потребность при невозможности (в силу каких-либо причин) преобразоваться в поведение, направленное на её удовлетворение, создаёт «застойный очаг» негативных эмоций, подавить или вытеснить которые полностью не удаётся. Такие негативные эмоции в ряде случаев могут дезорганизовать практически всю деятельность человека. Психическая активность как бы замирает в ожидании благоприятных внешних условий. В поведении вместо действия формируется реакция ожидания, что действие свершится само. Не всегда человек постепенно приходит к пониманию того, что жизнь «творится» собственными усилиями и детским ожиданиям приходит конец. Одаривать его никто в жизни не собирается. Формируется понятие о конечности существования, когда не узнаёшь, а *понимаешь*, что жизнь имеет конец и можно не успеть. В

итоге ломки мировосприятия, когда привычное детское «ожидание праздника» разрушается, начинается поиск замены ему. Человек должен найти замену «ожидания праздника» в «ощущении праздника» от какой-либо деятельности, которая будет целиком и полностью зависеть от его собственных способностей и умений (принадлежать ему).

В отличие от осознанного отсутствия интереса к жизни, при синдроме Ассоли нет отсутствия интереса к жизни *вообще*. Жизнь не интересна такой, какая она есть в данный момент. При этом сохраняется надежда, что в будущем что-то может измениться к лучшему, и эти изменения связываются с чисто внешними обстоятельствами, не зависящими от самого человека. Надежда – очень хрупкий феномен, и часто не она умирает последней – последним умирает человек, в котором она умерла.

Астенические состояния и усталость от жизни – это период, когда *жизнь в целом начинает утомлять*. Желание жить есть, но нет сил. Подобные состояния часто сочетаются со злоупотреблением психоактивными веществами. Более того, злоупотребление алкоголем или наркотиками очень часто прикрывает и, возможно, своеобразным образом временно «лечит» подобные астенические состояния. Врачи, занимающиеся проблемами аддиктивного поведения, хорошо знают, что непосредственно после прекращения приёма психоактивных веществ у пациентов возникает тяжёлые астено-апатические и депрессивные состояния с нежеланием жить, которые часто служат причиной возвращения к приёму психоактивных веществ или переходят в суицидальную активность. Пациенты заявляют, что без приёма психоактивных веществ жизнь лишается для них смысла, они говорят, что у них *есть желание, но нет сил жить*. На сегодняшний день подобные состояния описываются в рамках *амотивационного синдрома* и рассматриваются как последствия злоупотребления психоактивными веществами, но вполне возможно, что сам факт начала злоупотребления психоактивными веществами есть следствие первичной усталости от жизни.

Возможно, что подобное же состояние описывается различными специалистами в рамках популярного сегодня «синдрома хронической усталости» или «синдрома легкого недомогания». Пациенты с подобными расстройствами говорят про себя, что они многие годы живут – как «отмечаются», «для галочки»: вышла замуж, родила детей, вырастила детей, вышла на пенсию, похоронила мужа. А на заднем плане все это время с каким-то облегчением отмечается: «все меньше и

меньше осталось», «до конца уже совсем недалеко», «скоро конец и хорошо от этого, потому что я так устала».

Нежелание жить – феномен, который появляется, когда жизнь не радует сейчас и нет надежды, что что-то может измениться к лучшему в будущем. Не хочется просыпаться по утрам. Вечер и ночь приносят облегчение, как конец ещё одного прожитого дня. В англоязычной литературе для обозначения этого состояния используется оборот «чувство, что жизнь не стоит того, чтобы жить». Одна из пациенток самостоятельно обратилась за помощью и согласилась на стационарное лечение, после того как стала испытывать стойкое нежелание просыпаться по утрам. У неё не было никаких других более глубоких пресуицидальных и суицидальных проявлений, но она каким-то образом почувствовала, что за этим нежеланием просыпаться скрывается нечто гораздо большее, чем простая усталость, нечто такое, что реально угрожает её жизни. Подобные состояния возникают достаточно часто у людей, попавших в тяжёлые жизненные обстоятельства. Насколько это опасно для душевного и физического здоровья хорошо известно специалистам. Больной, потерявший надежду на выздоровление, обречён. Человек, утративший веру в будущее, может реально погибнуть из-за полного упадка душевных и физических сил от любого инфекционного заболевания. Один из ведущих специалистов в области суицидологии и когнитивной психотерапии Аарон Бэк специально подчёркивал, что у депрессивных пациентов, госпитализированных в связи с суицидальными тенденциями, *фактор безнадежности* является надежным критерием серьёзности суицидальных намерений. А известный специалист по вопросам психологии личности в экстремальных ситуациях логотерапевт В. Франкл, переживший нацистский концлагерь, вспоминает, что направление человека на какую-нибудь цель в будущем было единственным способом предотвратить самоубийство в лагере. «Тот же, кто уже не мог больше верить в будущее, в своё будущее, был потерян. Вместе с будущим он утрачивал и духовный стержень, внутренне ломался и деградировал как телесно, так и душевно» [15].

Следующий пресуицидальный феномен, возникающий вслед за осознанным нежеланием жить – *желание умереть*. Если теряется смысл и цель жизни, если нет надежды на то, что что-либо может измениться к лучшему в будущем – зачем тогда жить? Именно в этот период появляются мысли о желательности смерти, мысли о том, что «хорошо бы уснуть и не проснуться», «хорошо бы случайно попасть под машину или в

какую-нибудь катастрофу», «везёт же людям, которые заболевают тяжёлыми, неизлечимыми заболеваниями». Подобные мысли и высказывания эпизодически могут возникать практически у любого человека. Они мимолётны, не занимают всю сферу психической активности и не представляют большой опасности, так как мощная противосуицидальная мотивация в большинстве случаев не допускает возможности сознательного логического завершения этих мыслей: зачем собственно ждать счастливого случая, если все в моих руках, если можно самому ускорить события.

Мысли «зачем жить», «жить не стоит», «жизнь бессмысленна» часто определяются как пассивные суицидальные мысли, что с нашей точки зрения неправомерно, так как собственно мыслей о самоубийстве в этот период нет, равно как и не совсем правомерно рассматривать их как «состояние предшествующее суициду». Правомернее рассматривать пресуицидальную активность как состояние личности, обуславливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицида.

Терминологические сложности заключаются и в том, что некоторые авторы под «пресуицидом» понимают динамику развитие суицидального поведения от суицидальных мыслей до суицида, выделяя: «острый пресуицид», при котором время от возникновения суицидальных мыслей до принятия решения и совершения попытки исчисляется секундами или минутами и «хронический пресуицид» («холодный пресуицид», «суицидальный фон») – суицидальные мысли и тенденции, существующие от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет. Хорошо известным примером подобного подхода является пресуицидальный синдром Рингеля (1953), включающий в себя триаду феноменов: сужение, инверсию и суицидальные фантазии [16]. С нашей точки зрения, факт наличия суицидальных фантазий в структуре синдрома свидетельствует здесь о переходе авитальной активности в плоскость суицидальной активности.

* * *

Суицидальная активность – это когнитивная и поведенческая активность, направленная на сознательное прекращение собственного биологического существования.

Феномен суицидальных мыслей знаменует начало суицидальной когнитивной активности, имеющей отношение к представлениям о возможности активного прекращения собственной жизни. В феноменологическом плане важно отличать суицидальные мысли от *мыслей о суициде*. Самоубийство как возможный вариант по-

веденческой активности, как модель поведения встраивается в детское сознание на самых ранних этапах онтогенеза. Хотя этот процесс и требует дальнейшего изучения, можно сказать, что уже к школьному периоду большинство детей имеют общее представление о возможности самостоятельно прекратить собственное существование. Через информацию, полученную от взрослых, сверстников, книги, радио- и телепередачи, через сам язык (устойчивые обороты, метафоры) дети усваивают знания о случаях, иногда даже причинах и способах самоубийства. Дети часто, оценивая количество и объём домашних заданий, для характеристики ситуации используют выражение «застрелиться можно». Это, конечно, не суицидальные мысли, но, так или иначе, один из тех случаев, когда психика производит своеобразное тестирование: стоит ли жизнь того, чтобы жить.

Исследуя когнитивные феномены суицидальной активности Меннингер ранее выделил три из них: желание убить, желание быть убитым и желание быть мертвым. Штенгель (1958, 1965) и позднее Фойерляйн (1971) описали тенденции призыва, аутоагрессии и желание цезуры (паузы), Линден (1969) – аутоагрессию, агрессию, бегство и призыв.

Наши результаты исследования лиц с суицидальными тенденциями в настоящее время, позволяют выделять шесть основных *осознанных* мотивационно-когнитивных суицидальных комплексов, хотя суицидальное поведение всегда является сложным результатом взаимодействия практически всей группы мотивационных комплексов с различной степенью выраженности каждого из них.

1. Альтруистические мотивы – отражают желание умереть, «чтобы всем было только лучше»; желание избавить окружающих от проблем, связанных с собственным существованием, никому не мешать, не быть обузой; мысли о том, что собственная смерть может что-то изменить к лучшему вокруг. Альтруистическое самоубийство как самостоятельную форму описал ещё в конце XIX века Эмиль Дюркгейм. Есть основания предполагать, что альтруистическое самоубийство является одним из самых ранних суицидальных феноменов, существовавших в истории человечества. В примитивных сообществах, находящихся на ранних стадиях развития, существовали традиции самоубийства стариков в голодные годы ради того, чтобы пищи хватило молодым и здоровым соплеменникам. В Древнем Китае существовала традиция самоубийства одного из членов рода на месте закладки нового моста, храма, а иногда и просто дома, чтобы душа самоубийцы охраняла это место от злых сил.

Широко известны случаи добровольного самопожертвования во время военных действий, катастроф и тому подобных чрезвычайных ситуаций.

2. Аномические мотивы – отражают потерю смысла и интереса к жизни, утрату внутренней силы для жизни, представления о том, что всё хорошее позади и впереди ничего нет. Аномическое самоубийство, наряду с альтруистическим, также описано Эмилем Дюркгеймом как самостоятельная форма. «Всякое живое существо может жить, а тем более чувствовать себя счастливым только при том условии, что его потребности находят себе достаточно удовлетворения. В противном случае, то есть, если живое существо требует большего или просто иного, чем-то, что находится в его распоряжении, жизнь для него неизбежно становится непрерывной цепью страданий. Стремление, не находящее себе удовлетворения неизбежно атрофируется, а так как желание жить есть по существу своему производное всех других желаний, то оно не может не ослабеть, если все прочие чувства притупляются» [5]. Известный русский суицидолог Г.И. Гордон также обращал особое внимание на аномические мотивационные механизмы суицидального поведения: «Где-то внутри человека как бы лопается пружина, которая заправляла всем сложным механизмом его бытия, ослабела какая-то сила, которая рождала в нём мысли и желания, заставляла его действовать, бороться и стремиться, — словом жить». Соратник Фрейда Шандор Ференчи трактовал смерть как «символический последний предел, когда ситуация отчаяния вызвана тем, что человек оказывается не способен быть тем, кем он не может быть». Если личность попадает в эту «вилку» вероятность возникновения суицидального поведения тем больше, чем меньше проявление других форм деструктивного поведения.

3. Анастетические мотивы отражают представление о том, что только смерть может избавить от внутренних психологических страданий, невозможность больше терпеть ситуацию, невозможность найти другие пути избавиться от бесконечной и мучительной душевной боли. А.Г. Амбрумова, исследуя переживания суицидентов в пресуицидальный период, обратила внимание на особые переживания «невыносимой душевной боли», которые обозначила как «психалгии». На то, что подобные переживания душевной боли («neuralgia psychica») могут толкать на самоубийство, указывал ещё С.С. Корсаков в начале XX века. Душевная боль, с точки зрения А.Г. Амбрумовой, мешает сознанию использовать прошлый опыт для решения конфликтной ситуации и как бы лишает на время возможности видеть

будущее. Деятельность сознания всецело направляется на немедленное избавление от тягостного эмоционального состояния.

4. Аутопунитические мотивы отражают желание наказать себя, представления о недопустимости своего существования, желание быть самому себе и судьёй и палачом. Традиционно во многих культурах смерть является самой высшей мерой искупления вины за совершённое деяние. Российская культура не является исключением. Более того, подобные традиции имеют в российской культуре достаточно глубокие корни, особенно в военной среде. Самоубийство являлось и, может быть, до сих пор является нормальным этикетным поведением в офицерской среде. Не случайно самоубийства среди военных встречаются несколько чаще, чем в общей популяции. Представления о возможности искупить свою вину смертью настолько глубоко закреплены в психике современного человека, что не всегда осознаются самими носителями этой культуры. Нам пришлось быть свидетелем разбора неэтичного поведения врача на общем собрании коллектива. При этом два взрослых человека, независимо друг от друга (один из них – руководитель, другой – авторитетный сотрудник), не заметив этого, в своих высказываниях предлагали суицидальную модель поведения как вполне адекватный способ разрешения ситуации. Один из них при обсуждении ситуации с пафосом заявил (в присутствии провинившегося), что русские офицеры раньше в таких ситуациях стрелялись, а вторая во время выступления призналась, что сама бы, наверное, в такой ситуации повесилась от стыда. Подобный прототипический пласт сознания существует практически у каждого человека, поэтому самоубийства во имя искупления вины встречаются, возможно, наибольшее понимание у окружающих.

5. Гетеропунитическая мотивация отражает желание отомстить кому-то, наказать, причинить боль, страдание, пробудить у окружающих муки совести, создать своей смертью всем проблему. Модель поведения также очень древняя. У китайцев многие столетия существовала традиция в случаях получения незаслуженной обиды вешаться перед домом или прямо на воротах дома обидчика. Таким образом осуществлялась как бы собственная реабилитация и одновременно месть причинившему обиду, так как последний после такого случая всегда подвергался социальному ostracismu. Подобный мотивационный механизм характерен для подростковой культуры. Его отражение можно найти даже в названии российского художественного фильма о подростковых проблемах «В моей смерти прошу

винить Клаву К.». Суицидальные мысли с мотивацией «наказать другого» встречаются даже у детей, которые представляют, как (чаще не после самоубийства, а просто собственной смерти) будут мучиться родители, учителя, близкие, которые их чем-то обидели. Эти фантазии имеют чаще защитный, компенсаторный характер, не являются патологией и в подавляющем большинстве случаев не выходят за пределы мыслительной активности.

6. Поствита́льная мотивация отражает надежду на что-то лучшее после смерти, желание умереть «здесь», чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни, желание уйти «туда», к кому-то очень важному в жизни подростка и любимому, мысль о смерти как о пути к новой жизни. Подобные традиции были широко распространены в древнем мире, особенно на Востоке. В Индии в случае смерти брамина его жена (иногда и слуги) по традиции совершали самоубийство на костре (сати), чтобы вместе с ним войти в царство мертвых и обрести там вечное блаженство. Многие первые христиане, буквально восприняв учение апостолов, принялись поодиночке и группами кончать жизнь самоубийством, чтобы скорее предстать перед Всевышним и оказаться в царстве «вечной красоты и блаженства». Недаром теоретикам христианства, и в частности святому Августину, чтобы предотвратить массовые самоубийства первых христиан пришлось провозгласить самоубийство грехом и слабостью, так как якобы при этом нарушается заповедь Господня «не убий». Как только самоубийцам был обещан вместо сладостных куц рая жаркий и зловонный ад, самоубийства резко пошли на убыль. В Японии, напротив, до сих пор широко распространён обычай самоубийства от любви – синьжу. Молодые люди, влюблённые друг в друга и не имеющие возможности обрести счастье в этой жизни (по разным обстоятельствам: несогласие родителей, материальное неблагополучие и т.п.), надеются на другую блаженную жизнь, в которой будут вместе. Самоубийства такого рода практически никогда не осуждаются окружающими, а сами самоубийцы рассчитывают на милосердие богини Амиды, сострадательной ко всем несчастным.

Мы описали здесь лишь осознаваемую мотивацию суицидального поведения, проявляющую себя в форме мыслей, фантазий или представлений, но следует понимать, что за этими осознаваемыми, видимыми мотивами самоубийства может лежать скрытая, неосознаваемая, но от этого не менее реальная мотивация.

* * *

Определение степени реального суицидального риска, по мнению А.Г. Амбрумовой, всегда должно проводиться на основании двух рядов факторов: не только на основании суицидальных мотивов, но и на основании противосуицидальных мотивов. При этом отмечается, что до сих пор противосуицидальные факторы не включены ни в один из инструментов определения суицидального риска (шкалы, опросники и др.). А.М. Понизовский, характеризуя специальные шкалы и таблицы, по которым высчитывается «индекс суицидального риска», основным недостатком их считает игнорирование антисуицидальных факторов [11].

Феноменологически на сегодняшний день мы выделяем девять основных противосуицидальных защитных мотивационных комплексов.

1. Страх смерти – естественное неприятное эмоционально-когнитивное состояние, возникающее в результате столкновения влечения к смерти с системой хронификации жизни (инстинктом самосохранения). Страх смерти – один из основных факторов, блокирующий суицидальную активность. На феноменологическом уровне страх смерти является маркером выраженности влечения к смерти: чем сильнее страх смерти, тем большее влечение к смерти и авитальную активность он прикрывает собой. В норме страх смерти редко выходит на поверхность сознания, но, как только человек сталкивается с реальной угрозой собственной жизни и здоровью, этот страх независимо от нашей воли упрямо внедряется в самую сердцевину нашей психической деятельности, холодной рукой сжимая сердце человека и парализуя его активность.

2. Религиозные мотивы отражают сформированные представления о самоубийстве как о грехе, страх погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения. С точки зрения верующего человека, жизнь даётся Богом, и только Он может распорядиться судьбой человека. Человек не в праве сам определять свой последний час. Чем более мужественно человек справляется с трудностями, выпавшими ему на жизненном пути, тем больше ему воздастся после смерти. Самоубийцы же, которые «презирают» заповеди Божьи, будут справедливо наказаны после смерти. Великий Данте в «Божественной комедии» поместил самоубийц среди грешников, мучающихся в аду. Души их превращаются в деревья, а безжизненные тела навеки вешались на эти деревья и своим видом возбуждали вечное отвращение и ужас у несчастных грешников. Результаты проведённых нами исследований показывают, что самоубийство как грех воспри-

нимают даже те люди, которые формально отрицают у себя какие-либо религиозные убеждения.

3. Этические мотивы отражают внутреннюю психологическую неприемлемость самоубийства из-за нежелания делать больно родным и близким людям, причинять страдания окружающим, этический императив жить ради тех, кто рядом, невозможность умереть из-за зависящих от него людей (например, детей). Данный мотивационный комплекс приобретает особую значимость в более зрелом возрасте. Датский философ Серен Кьеркегор считал, что каждый человек в течение своей жизни проходит как бы три этапа: эстетический, этический и религиозный. Первая, эстетическая стадия существования, – это попытка организовать свою жизнь, основываясь целиком на собственных силах, уме, таланте, воле и красоте. В дальнейшем молодой человек переходит на этическую стадию существования, отказываясь противопоставлять себя окружающей действительности. Этические мотивы мало влияют на поведение подростка и молодого человека, так как ценность собственной личности в этот период всегда выше, чем ценность окружающей реальности, включая даже самых близких людей. Опираясь на этические мотивы для сдерживания суицидального поведения у подростков в этой связи достаточно сложно. Только в период ранней зрелости и среднем возрасте, в соответствии с теорией эпигенетического развития личности Эрика Эриксона, когда нормальное функционирование личности подразумевает способность принимать на себя обязательства, принимать и понимать других, проявлять заботу, – этические мотивы выходят на первый план в комплексе противосуицидальной мотивации.

4. Моральные мотивы отражают представления о самоубийстве как о слабости и трусости, «позорном бегстве», представления о том, что только безвольный человек может покончить с собой, страх осуждения со стороны окружающих, нежелание оставить после себя «плохую память». Моральные сдерживающие мотивы не идентичны этическим и во многом уступают им. «Основы морали рано или поздно изживут себя, этика – никогда... Универсальная этика заключается в том, что от поколения к поколению испытание того, что вы производите, – это забота» [19]. Необходимость жить ради продолжения рода, ради других – ценность не просто человеческая, это биологическая ценность. Не только люди, но и многие животные поступают так. Моральные императивы, в отличие от этических, более сиюминутны, более социально обусловлены, или точнее микросоциально обусловлены. Например, если мать или отец доб-

роволюно уходят из жизни, – это в большинстве случаев реально приводит к тому, что их потомство будет поставлено в более трудные условия существования. Это – жизненная правда, которую большинство нормальных людей достаточно хорошо понимают. Если подросток добровольно уходит из жизни, он реально обесценивает жизнь своих родителей, прародителей, лишая их существование смысла. Большинство подростков, если и не понимают этого отчётливо, в процессе беседы с психологом или психотерапевтом легко приходят к такому пониманию, потому что это – правда. Это – этическая норма. То, что самоубийство – слабость, низость, трусость, признак безволия, бесхарактерности, – неправда. Бессмысленно убеждать в этом человека. Он не поверит. Самоубийство может быть признаком силы, может быть проявлением героизма, смелости, для его совершения необходимы и воля и характер. Всё зависит от ситуации. Моральные критерии очень относительны.

В отношении самоубийства вопрос никогда не стоял в жёсткой плоскости его полного одобрения или запрещения. Оценка каждого случая во все времена определялась мерой, соразмерностью и гармоничностью самоубийства со всей остальной жизнью человека, с вызвавшими его обстоятельствами, с традициями, принятыми в данном обществе. В тех случаях, когда самоубийство представлялось соразмерным тяжести и непреодолимости внешних обстоятельств, оно допускалось и одобрялось. В тех случаях, когда эта мера нарушалась, самоубийство осуждалось и преследовалось. В России самоубийство осуждалось по христианской традиции, а также по слабости индивидуального сознания и недооценке прав личности на самоопределение. Плохо это или хорошо – можно спорить. Следует просто помнить, что моральные факторы являются реальной, сдерживающей суицидальную активность силой – и на них можно опираться. В случаях подросткового суицидального поведения это следует делать с большой осторожностью в связи с характерным для подростков негативным восприятием общепринятых норм и стандартов.

5. Эстетические мотивы отражают восприятие самоубийства как некрасивого поступка, способность человека представить своё тело после самоубийства, невозможность воспользоваться тем или иным способом по чисто эстетическим соображениям. В 1993 году мной в соавторстве с Львом Трегубовым было опубликовано специальное исследование по этому аспекту суицидальной активности [14].

Красота есть субъективная релятивная эстетическая видимость, конкретное содержание ко-

торой существенно менялось на протяжении исторического развития человечества. Нет ни одного явления или предмета в окружающем нас мире, который не мог бы попасть в сферу эстетической видимости и, следовательно, не восприниматься как нечто прекрасное. Ни сам человек, ни его поведение не составляют в данном случае исключения. Проанализировав всю доступную нам информацию и основываясь на собственном клиническом опыте, авторы пришли к выводу, что:

- при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о чести и красоте; приемлемости того или иного способа самоубийства в данной социальной среде. Как говорил Розанов: «Если уж нельзя эстетически прожить, то зато эстетически можно умереть»;
- при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ, который, по его мнению, ведёт к наименьшему обезображиванию тела;
- при прочих равных условиях человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих.

Эстетический фактор не следует недооценивать. Ничто не оказывает столь явного и действительного влияния на человека, склонного к самоубийству, как воздействие на его эстетические чувства. Никакие логические, философские, моральные, нравственные и религиозные доводы не оказывают столь потрясающе действительного эффекта на потенциальных самоубийц, как, например, простая угроза лишения погребального ритуала или осквернения и поругания их тела после смерти. Ещё в древнем Карфагене массовые самоубийства женщин прекращали угрозами выставить на всеобщее обозрение обнажённое тело покончившей с собою. Когда самоубийства приняли эпидемический характер в Древнем Риме, царь Тарквиний Приск приказал распинать тела самоубийц и отдавать их на съедение диким зверям.

Не случайно большинство потенциальных самоубийц при наличии свободного выбора останавливаются на самоотравлении как наиболее эстетичном, с их точки зрения, способе. При заполнении опросника большинство наиболее выдающихся деятелей культуры в начале XX века выбрало самоотравление как наиболее предпочтительный способ самоубийства.

6. Нарциссические мотивы отражают, исходя из определения, любовь и жалость к себе (в положительном смысле этих слов); нежелание

умирать, не окончив все дела; представления о том, что ещё многое можно в жизни сделать и пережить. Нарциссические мотивы формируют уже давно замеченную амбивалентность суицидальных действий: на фоне тенденций к саморазрушению практически всегда наблюдается призыв о помощи.

7. Мотивы когнитивной надежды отражают уверенность в том, что можно что-то сделать, поиск другого выхода, надежду найти другое решение проблемы, убежденность, что выход всё-таки есть и, если он сам не видит его, – это не значит, что выход не знает кто-то другой. Именно в связи с данной противосуицидальной мотивацией подавляющее большинство суицидентов так или иначе информируют окружающих о своих намерениях, даже если формально они при этом отрицают возможность выхода из ситуации и разрешимость проблем.

8. Мотивы временной инфляции отражают желание выждать хотя бы какое-то время перед тем, как решиться на такой шаг; надежду, что время – самое лучшее лекарство от всех проблем; убежденность, что на смену чёрной полосе всегда приходит белая; и если проблему нельзя решить – её можно просто пережить. Лучший пример в этом отношении – героиня одноименного фильма, созданного по роману «Унесённые ветром». В самые тяжёлые жизненные моменты Скарлет всегда говорила себе: «Я не буду думать об этом сегодня – я подумаю об этом завтра». Русская пословица «Утро вечера мудренее» также хорошо отражает этот защитный механизм.

9. Мотивы финальной неопределённости отражают неуверенность в возможности до конца убить себя, незнание надежных способов самоубийства, опасения, что может получиться так, что вместо того, чтобы умереть – на всю жизнь останешься инвалидом. Многие люди, как правило, плохо информированы о возможных способах самоубийства и выбирают те из них, о которых удалось где-то прочесть, увидеть в кино или услышать от друзей. Представления о летальности способа можно активно использовать для блокады суицидального поведения. Пациентка с суицидальными тенденциями рассказала нам, что она решила покончить с собой, как только убедится, что ситуацию никаким образом не удастся разрешить в благоприятном направлении. Она уже выбрала способ (прыжок с высоты) и даже несколько раз поднималась на верхний этаж высотного дома, чтобы «прорепетировать» своё самоубийство. Как только ситуация ухудшалась, её начинало тянуть к этому дому. Незадолго до этого в нейротравматологическом отделении нам пришлось консультировать девушку, которая

выбросилась с целью самоубийства с балкона восьмого этажа и получила лёгкое сотрясение головного мозга. Об этом эпизоде было рассказано пациентке. На следующей встрече она сказала, что интерес к тому дому у нее пропал. Как только она получила информацию о недостаточной летальности данного способа и поняла, что даже в этом случае есть шанс остаться живой, мысли об использовании данного способа сразу же исчезли. Можно предположить, что человек в такой ситуации просто выберет другой способ, но поскольку она выбрала именно тот способ, значит, для нее он был наиболее оптимальным, удобным, простым и приемлемым. Следующий способ, который она попытается выбрать, уже не будет обладать этими характеристиками или будет обладать ими в меньшей степени – и совершить попытку самоубийства будет сложнее.

* * *

Если суицидальные мотивы преобладают над противосуицидальными, суицидальные мысли переходят в суицидальные тенденции – когнитивную активность, связанную с представлениями о возможности и желательности собственной смерти и принятием решения. В этот момент возникает особое психоэмоциональное состояние – суицидальная готовность.

Суицидальная готовность на поведенческом уровне в большинстве случаев, так или иначе, проявляется и обнаруживается. Иногда о принятии решения о самоубийстве может свидетельствовать внезапное изменение в поведении: «затишье перед бурей», когда человек, переживающий из-за той или иной ситуации, неожиданно без видимых внешних поводов и причин на фоне неразрешённой актуальной ситуации внезапно успокаивается. Может обратить на себя внимание специфический интерес к эффектам лекарственных средств, «прощальные» речи, неожиданные подарки близким людям, поступки, которые несовместимы с дальнейшим нормальным социальным функционированием. Основатель Американской Ассоциации Суицидологии Эдвин Шнейдман рассматривает открытие предвестников суицида как наиболее важный результат исследований, начавшихся в 50-х годах в Центре профилактики суицидов в Лос-Анджелесе [18]. Подавляющее большинство суицидентов в пре-суицидальном периоде так или иначе высказывали свои мысли окружающим, но на них никто не обратил должного внимания.

Иногда суицидальная готовность открыто проявляется в форме суицидальных угроз – словесного обозначения суицидальных мыслей, тенденций и готовности. Суицидальный период, связанный с возникновением суицидальных

мыслей, тенденций и готовности, может быть острым (когда время от возникновения суицидальных мыслей до принятия решения и совершения попытки исчисляется секундами или минутами) и хроническим (когда суицидальные мысли и тенденции могут существовать от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет).

К собственно суицидальному поведению традиционно относятся суицидальные попытки и завершённый суицид.

Суицидальные попытки делятся на *истинные* (суицидальное покушение), направленные на прекращение собственной жизни, и *демонстративные* (парасуицидальная попытка, суицид-игра), имитирующие суицидальную модель поведения и не имеющие истинной направленности на прекращение собственной жизни. У подростков эти феномены дифференцировать крайне трудно и поэтому для практики удобнее рассматривать все суицидальные попытки у них как истинные. У детей суицидальное поведение, в том числе и суицидальные попытки, равно как и завершённые суициды, предлагается рассматривать как несчастные случаи в связи с отсутствием сформированного представления о смерти. Дети воспринимают смерть как состояние, после которого жизнь будет снова продолжаться, только уже без тех проблем, которые толкают ребёнка на суицидальное поведение.

В случае неудачного или незавершённого суицида непосредственно после попытки наступает постсуицидальный период (постсуицид). По поводу постсуицидальных состояний ещё австрийский суицидолог Рингель обращал внимание на парадоксальность ситуации, при которой в больницах общего профиля и специализированных центрах предпринимаются сложные усилия, связанные с использованием всех современных методов для реанимации суицидентов, но крайне мало внимания уделяется мерам психотерапии и вторичной психопрофилактики проблем людей, которые довольно скоро могут повторить суицид.

* * *

Парасуицидальная активность реально повышает риск нарушения и прекращения социального и биологического функционирования без сознательной суицидальной активности (аскетическая активность, пренебрежение здоровьем и отказ от лечения, самоповреждения, злоупотребление психоактивными веществами, влечение к риску, антисоциальное поведение). Основная заслуга в изучении различных форм парасуицидального поведения принадлежит Карлу Меннингеру, который описал помимо собственно

самоубийства, его многочисленные хронические формы (аскетизм и мученичество, неврастению, алкогольную зависимость, антиобщественное поведение и психозы), локальное самоубийство (членовредительство, симуляцию, полихирургию, преднамеренные несчастные случаи, импотенцию и фригидность) и органическое самоубийство (психосоматические заболевания) [10]. Здесь в силу достаточно подробного освещения данного аспекта проблемы в работе Меннингера, мы не будем подробно останавливаться на феноменологии парасуицидального поведения.

Заострим внимание лишь на том, что, начиная с конца XX века, под парасуицидами, преимущественно в зарубежной литературе (в том числе официальных документах ВОЗ), стали понимать незавершенные суицидальные попытки, что с нашей точки зрения терминологически мало оправдано. Греческая приставка пара- обозначает: находящийся рядом, отклоняющийся от чего-либо, нарушающий что-либо. Поэтому, например, парапсихология – это не незавершенная психология, парафилия – это не незавершенная любовь к чему-либо, а парагрипп – это не недоразвившийся грипп. Все эти слова, образованные с помощью приставки пара- обозначают, что некоторая самостоятельная группа феноменов или отдельный феномен находятся рядом, около, при феномене, название которого лежит в основе их наименования. Предположить, что суицидальные попытки относятся к завершенным суицидам подобно тому, как парагрипп относится к гриппу – сложно, равно как и сложно понять логику использования подобной терминологии.

Десоциальная активность – активность, направленное осознанное ограничение собственного социального и психологического функционирования. Поскольку человек – биосоциальное единство, постольку социальная активность и социальное общение – одно из главных условий развития личности, одно из главных условий функционирования личности и (!) *одно из главных удовольствий, доступных человеку*. Поэтому нам иногда так трудно понять внутреннюю мотивацию людей, сознательно или бессознательно отказывающихся или ограничивающих собственную социальную активность, предпочитая уединение, уход в монастырь, обет молчания, обет безбрачия, отказ иметь детей и семью.

Дэвид Майерс описывает «деструктивное социальное поведение» у людей, находящихся в состоянии депрессии и испытывающих чувство одиночества. Он считает, что психологический механизм возникновения одиночества и депрессии содержит в себе порочный круг: уверенность в своей социальной никчемности препятствует

поведению, направленному на изменение ситуации, что, в свою очередь, подкрепляет первоначальную уверенность. Депрессивное мышление влияет на поведение человека в состоянии депрессии, помогая поддерживать цикл саморазрушения. Мартин Селигман полагает, что сосредоточенность на себе помогает объяснить сравнимое с эпидемией количество случаев депрессии в современном западном мире. Он полагает, что обесценивание религии и семьи плюс рост индивидуалистической установки «Ты можешь сделать это» порождают безнадежность и самообвинение. Если, как гласит реклама, ты «можешь это сделать сам», то чья вина, если ты этого не сделал? Поэтому с помощью социального саморазрушающего поведения, чтобы защитить самоуважение, люди порой создают себе препятствия, находя оправдание неудачам [9]. Боясь неудачи, люди сами строят себе препятствия, например, развлекаясь полночи на вечеринке перед важным собеседованием по устройству на работу или играя на компьютере перед экзаменом вместо того, чтобы готовиться к нему.

К проявлениям десоциальной активности относятся многие феномены аддиктивного поведения – патологической привязанности к различным видам деятельности, которые полностью занимают смысловое ядро личности, вытесняя собой все другие интересы и, в первую очередь, межличностные отношения (субъект - субъектные связи). Чем глубже и многочисленнее субъект-субъектные связи, тем более осмысленной, наполненной и счастливой ощущает свою жизнь человек. Никогда и ни при каких условиях телевизор, алкоголь, наркотики, работа и даже книги не заменят радости общения с другим человеком. В этом и заключается проблема. Нет ничего в жизни человека большего, чем привязанность к другому человеку. Нет ничего большего, чем та особая связь между людьми, которую великий еврейский философ Мартин Бубер называл: «Я - Ты». К сожалению, многие люди слишком поздно это понимают. Врачи чаще, чем кто-либо, сталкиваются со смертью и лучше, чем кто-либо, знают, что когда человек умирает, он не вспоминает оконченные институты и занимаемые должности, свою квартиру и машину, свою защищенную диссертацию и полученные награды. Он вспоминает людей, которых любил, и людей, которые любили его, он хочет видеть в последние минуты рядом с собой своих близких – и если о чём-то и жалеет, расставаясь с жизнью, то только о них.

Очень хорошо известно, что в тех случаях, когда субъект-субъектные связи по тем или иным причинам не сформированы или разрушены, чело-

века практически ничто не держит в этой жизни – и он готов раствориться в работе, вине или небытии. При этом если с помощью суицидального поведения человек уходит *из жизни*, то с помощью аддиктивного поведения человек уходит *от жизни*.

Взрослый уходит от жизни в работу, ребёнок и подросток уходят от жизни в учёбу (лэрнинг). Только там находят они единственный источник удовлетворения, только там они переживают сильные положительные эмоции. Подростки, патологически увлечённые учёбой, на первый взгляд, не представляют никаких проблем для окружающих лиц (родителей и педагогов). Они полностью поглощены занятиями, старательно готовят домашние задания, во всем, что касается учёбы и получения знаний, стремятся к совершенству. Но, если взглянуть на проблему глубже, мы поймем, что за подобными, внешне мягкими, социально одобряемыми, удобными для окружающих формами поведения в большинстве случаев лежит грубая форма нарушений межличностных отношений, и, если педагог не озабочен только показателями успеваемости и посещаемости, – при подобном поведении подростка ему следует бить тревогу не меньшую, чем в случаях злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Как правило, эти нарушения корнями уходят в детско-родительские отношения. Подросток, который не получает в семье так называемой «базовой родительской любви», которого родители не любят, исходя только из самого факта его существования, вынужден постоянно доказывать окружающим свою ценность, а себе – самооценку посредством сверхусилий в тех областях, которые, как он замечает, особенно ценятся взрослыми: аккуратность, исполнительность, успехи в учёбе, примерное поведение. Тем самым он, конечно, при наличии способностей добивается благорасположения учителей, но:

1) он не добивается того результата, ради которого и затеял всю эту многолетнюю игру. Невозможно купить любовь (в том числе и родительскую);

2) он не получает навыков межличностного общения в кругу сверстников, так как последние негативно относятся к подобного типа подросткам, называя их «зубрилами», «выскочками» и т.п. Получается, что подросток не только не «покупает» любовь родителей или лиц их замещающих, но и теряет дружбу и привязанность сверстников;

3) он резко обедняет свою жизнь.

Учёба – это ещё не вся жизнь, даже в подростковом периоде, а тем более в зрелом возрасте. Как может нормально, в социальном

смысле, функционировать человек, если он умеет только блестяще учиться? Можно, конечно, окончить два или три института, можно поступить в аспирантуру, но рано или поздно человеку не удастся «отвести глаза» от своего одиночества. И не скажет ли он тогда словами Фауста: «Я богословьем овладел, над философией корпел, юриспруденцию долбил и медицину изучил. Однако я при этом всё́м был и остался дураком... Не нажил чести и добра и не вкусил, чем жизнь остра. И пёс с такой бы жизни взвыл!» [4]. И не потянется ли у него тогда, как и у Фауста, рука за спасительным бокалом с отравой – только появится ли рядом хор ангелов, чтобы эту руку отвести?

Патологическая страсть к азартным играм (гэмблинг) – явление также достаточно распространённое. В последние десятилетия в связи с распространением компьютерных игр значительно облегчился уход подростков от реальности. В США в настоящий момент количество «проблемных гэмблеров» колеблется от 4 до 10 миллионов человек. Многие американские исследователи считают азартные игры серьёзной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. Проявления гэмблинга очень многообразны. В младшем подростковом возрасте – это злоупотребление компьютерными играми, которое представляет угрозу не только для психического, но и для физического здоровья. В старшем подростковом возрасте, в юности – это карты, игральные автоматы. Нам приходилось наблюдать за поведением подростков в залах игровых автоматов. Можно было догадаться, что проводят они здесь время не первый день и не первую неделю. Они знали досконально все аппараты и многие из них даже называли по имени. Они давали им, как одушевлённым существам, характеристики: «этот жадный», «этот хитрый», «этот ещё не наелся». Во время игры подросток не замечал ничего происходящего вокруг, все его эмоции были связаны с бесчувственным металлическим ящиком, который он мог уговаривать, благодарить, ругать и даже пинать. За возможность продолжить игру, в случае нехватки денег, они долго унижались перед другими подростками, прося займы, а если не получали, то просто смотрели, как другие «наслаждаются жизнью».

Нам приходилось также наблюдать и другие ситуации, которые наглядно показывают суть гэмблинга – аддиктивного поведения. 13-летняя девочка из внешне благополучной семьи неоднократно на протяжении короткого времени воровала достаточно крупные суммы денег у родителей, за что неоднократно бывала наказана, но, тем не менее, не прекращала красть деньги. Во

время беседы с подростком выяснилось, что девочка воспитывается в деформированной семье. Мать умерла, старший брат воспитывается в семье прародителей, а девочка живёт с отцом, мачехой и сводным братом. Мачеха психологически не приняла ребёнка мужа от первого брака, и ситуация ещё более ухудшилась после рождения совместного ребёнка. Когда встал простой вопрос (на который родители похоже так и не добились ответа), что же она делала с деньгами, выяснилось, что девочка все тратила на лотерейные билеты. Она горячо верила, что рано или поздно ей удастся выиграть крупный приз, который она отдаст папе с мачехой, чтобы те *за это* хоть немного больше её любили... Приз, конечно, не выигрывался – и девочка опять крадя из дому деньги (ещё большую сумму), надеясь, что на этот раз ей обязательно повезёт, и она отдаст и те деньги, которые взяла раньше, и те, которые выиграла.

Феномен сексуальных аддикций встречается не менее редко. Между людьми как разного, так и одного пола могут существовать различные формы отношений. Это могут быть чисто сексуальные отношения, когда люди «занимаются сексом». Таких партнёров может быть достаточно много и при только сексуальных отношениях партнёр не рассматривается как человек, как личность со сложным внутренним миром. Сексуальный партнёр воспринимается как сексуальный объект и определяется не личностными, а техническими характеристиками. Подобный компонент есть в любых межперсональных отношениях. Вопрос в преобладании. В тех случаях, когда вся гамма интереса к другому человеку (в основном противоположного пола) исчерпывается восприятием его как сексуального объекта, мы вправе говорить о формировании сексуального аддиктивного поведения. В тех случаях, когда подобные отношения вплетены в систему более сложных межперсональных отношений, перед нами вариант нормы.

Нарциссическое аддиктивное поведение характеризуется тем, что объектом привязанности становится собственное тело, собственная внешность, в более редких случаях – собственная психика или интеллект. У мужчин данная форма аддиктивного поведения находит своё выражение в чрезмерном увлечении различными силовыми видами спорта, в частности атлетизмом, бодибилдингом и культуризмом. У женщин – в чрезмерном увлечении шейпингом, аэробикой, диетами, косметикой и нарядами. Весь смысл жизни, все интересы фиксируются исключительно на одной теме, всё подчинено одному стремлению. Происходит существенное обеднение структуры личности: человек может часами

напролёт обсуждать, как правильно «качать» какую-либо мышцу, но сразу же становится скучным и неинтересным собеседником, как только затрагиваются темы, не связанные с его увлечением. Нет ничего плохого в том, что Арнольд Шварценеггер является абсолютным кумиром для таких подростков, но не следует забывать, что подобный «однобокий» подход к жизни не может пройти безболезненно для личности. В автобиографическом фильме «Качая железо» Арнольд Шварценеггер мимолётно признаётся, что не смог съездить на родину на похороны своего отца из-за важных выступлений, перед которыми он не мог себе позволить сильных переживаний, чтобы не потерять «психологическую» форму. Подростки мужского пола иногда с целью наращивания мышечной массы принимают гормональные препараты, заведомо зная, что в дальнейшем это скажется на их мужской потенции, и они не смогут вступить в нормальные сексуальные отношения с женщиной.

При этом аддиктивное поведение, как проявление авитальной активности, различается феноменологически по степени своей «патологичности». Без сомнения для человека с нарушениями межличностной коммуникации более благоприятным будет злоупотребление атлетизмом, нежели злоупотребление наркотиками.

В качестве примера «благоприятной» формы десоциальной активности можно привести феномен зоомании – патологической любви к животным. Она встречается преимущественно в пожилом возрасте, когда многие межличностные связи по естественным причинам ослабевают или рвутся: сверстники постепенно уходят из жизни, дети вырастают и разъезжаются, человек лишается возможности компенсировать недостаток общения даже работой из-за выхода на пенсию. Жизнь сводится к просмотру телевизора, даче и во многих случаях – домашним животным, которые компенсируют пожилому человеку потребность в любви и привязанности.

В принципе, в основу аддиктивного поведения может лечь любой вид поведенческой активности, если он полностью заполняет собой смысловое ядро личности, постепенно замещая более сложную систему межперсональных отношений. Так, в аддикцию постепенно могут перерасти различные хобби (филателия, нумизматика, бибблиофилия и другие виды коллекционирования) и увлечения (рыбалка, охота, спорт и т.п.). Каждый нормальный подросток собирает значки, марки, модели автомобилей, но вся эта деятельность гармонично вплетается в его жизнь, не заслоняя и не замещая её. В тех случаях, когда один вид деятельности начинает приобретать для человека

сверхценное значение, захватывая, подобно раковой опухоли, всё новые пласты личности, есть смысл заподозрить возникновение феномена аддиктивного поведения и задуматься о его глубинных корнях.

В заключении хочется сказать, что если мы будем рассматривать только лишь многообразие феноменологических проявлений авитальной активности, то рискуем остаться лишь зрителями в зале. Мы имели возможность кратко описать пресуицидальную, суицидальную, парасуицидальную и десоциальную авитальную активность так, как она является нам в клинике и в жизни, наблюдая и фиксируя каждый феномен. Далее с наименьшим интересом мы постараемся заглянуть за кулисы этой великой жизненной драмы. Что именно, какие механизмы, какие силы скрыты внутри бихевиористического «чёрного ящика» авитальной активности?

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного исследования / Комплексные исследования в суицидологии. Сб. науч. тр. – М., 1986.
2. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб., 1997.
3. Вагин Ю.Р. Авитальная активность. – Пермь, 1991.
4. Гёте И.Ф. Фауст. – М., 1960.
5. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб., 1998.
6. Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. – Киев, 1989.
7. Кузнецов В. Е. Истоки междисциплинарного подхода в отечественной суицидологии // Комплексные исследования в суицидологии. Сб. науч. тр. – М., 1996.
8. Ларошфуко Ф. Мемуары. Максимумы. – Л., 1971. – С. 202-203.
9. Майерс Д. Социальная психология. – СПб., 1999. – С. 95-98.
10. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000.
11. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях // Актуальные проблемы суицидологии: Тр. Моск. НИИ психиатр. – 1981. – Том 92.
12. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности. - Обозрение психиатрической и медицинской психологии. – 1994. – № 1. – С. 6-13.
13. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978.
14. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сб. / Пер. с англ. – М., 1990.
16. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида / Энциклопедия глубинной психологии. – Том 2. - М., 2001.
17. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков // Журн. невропатол. и психиатрии им. Корсакова. – 1984. – № 10.
18. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М., 2001.
19. Эрикссон Э. Идентичность и кризисы / Пер. с англ. – М., 1996.
20. Burless C., De Leo D. Methodological Issues in Community Surveys of Suicide Ideators and Attempters // Crisis. – 2001. – Vol. 22. – № 3.
21. Tabachnick N. Interpersonal relations in suicidal attempts // Arch. Gen. Psychiat. – 1961. – № 4.

QUESTIONS PHENOMENOLOGICAL SUICIDOLOGY

Y.R. Vagin

Psychological Center, Perm, Russia

The author, based on original research and systematization of the literature developed a system of concepts relevant to the phenomenology of activity directed against life. By the manifestation of avital activity author includes four groups of phenomena observed in the psychological and psychiatric clinical practice. A detailed description and justification of selection of each group of phenomenon, are clinical examples.

Keywords: suicidology, suicide, phenomenology.

УДК 615.851 : 616.89-008.441.44

ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОТЕРАПИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

П.Н. Москвитин

Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Обсуждается вопрос о недостаточном освещении в научных работах данных по изучению личности врача-психотерапевта. На основе личного опыта автор приводит типологические описания персонологических различий врачей-психотерапевтов и типов коррекционной работы с суицидентами. По мнению автора, данный методический подход оставляет индивиду-

альное пространство для проявления креативности слушателей цикла усовершенствования, определяющее направление профессионального и личностного роста.

Ключевые слова: психотерапия, суицидальное поведение.

Обзор доступной мировой и отечественной научно-учебной литературы по специальности «психотерапия» убедительно показывает, что свыше 99% ее посвящены описанию методов, направлениям и техническим приемам. Конечно, эти вопросы, равно как научно - исследовательские разработки, касающиеся образовательной деятельности по специальности «Психотерапия», действительно, являются актуальными и требуют комплексного межотраслевого подхода [1, 4]. Однако большое удивление вызывает тот факт, что среди многочисленных публикаций, восполняющих необходимость в обучении современным методам психотерапии, до настоящего времени остается совершенно мало изученной личность врача-психотерапевта, эта не менее важная фигура терапевтического альянса, чем обратившийся к нему пациент. В свете клинической персонологии - нового научного направления, предпринятого академиком В.Я. Семке на рубеже веков [5], разработка и реализация личностно - ориентированных образовательных программ представляется принципиально важным для подготовки психотерапевтов практического здравоохранения.

Понимая, таким образом, особую роль персоны психотерапевта среди субъектов образовательной деятельности в послевузовском медицинском образовании мы обнаружили еще один парадокс. Он состоит в том, что данный центральный субъект образовательной деятельности является самым малоинформированным и беззащитным новичком правоотношений, возникающих в этой области, для стандартизации процесса обучения которого предназначается государственный образовательный стандарт по данной специальности. Необходимо согласиться, что на современной этапе развития научной психотерапии личность обучающегося психотерапевта должна быть в центре внимания, информационных потоков и забот всех остальных участников образовательного процесса, а также равноправным и уважаемым участником возникающих правоотношений в этой сфере. Для этого наибольшее благоприятствование, предоставляет, прежде всего, социально - психологический подход, осуществляемый с целью изучения образовательного запроса обучающихся психотерапевтов и предоставление им на основании выявленного запроса дополнительной образовательной услуги.

С вышеуказанной целью нами была разработана и апробирована «Исходная анкета слушателя курсов» на циклах усовершенствования, пере-

подготовки и/или первичной специализации врачей-психотерапевтов» [2].

Путем анкетирования у слушателей циклов тематического и общего усовершенствования нами последовательно выясняется: приоритетная цель обучения, наиболее актуальные проблемы работы и привычные способы их разрешения, логический уровень проблем и характер коммуникативных затруднений, сказывающихся на работе. Уточняется заинтересованность в получении знаний и умений сверх обязательного минимума образовательного стандарта, а также актуальная потребность в индивидуальных консультациях профессорско - преподавательского состава, которые слушатель желает получить во время обучения на цикле усовершенствования в ГИДУВе.

Весьма немаловажной особенностью такого анкетирования является также возможность получения психометрической самооценки уровня стрессоустойчивости специалистов, достигаемой путем использования методики диагностики уровня невротизации. Этот метод в сочетании с исследованием типологии личности, разработанной Майерс-Бриггс на основе теории К.Г. Юнга, позволяет установить устойчивый индивидуальный набор личностных характерологических качеств у врача-психотерапевта и/или практикующего клинического (медицинского) психолога.

Характеризуя используемый нами в исследовании методический инструмент, важно пояснить, что типология Майерс-Бриггс (Myers-Briggs Type Indicator – MBTI) является одним из наиболее распространенных в мире психологических типологий человеческой личности, классифицирующих психически здоровых людей. Таким образом, например, в США обследовано более 5 миллионов человек с целью описания их типа личности в терминах управления и менеджмента, дачи научно обоснованных рекомендаций по определению профессиональной пригодности типов личности, разработке и оптимизации иерархических систем для реализации управления, внедрения новых информационных технологий и структурирования новых подходов к обучению [3]. Данная типология восходит к швейцарскому психиатру Карлу Густаву Юнгу и была впервые описана им в двадцатых годах прошлого столетия. Начиная с сороковых и к середине 1950-х годов типология, содержащая описание 16 психологических типов личностей, оформилась в самостоятельное направление исследований. В настоящее время сбором и обработкой

данных по особенностям применения типологии Майерс-Бриггс занимается специальная организация – Центр по применению психологических типов (Center for Application of Psychological Type). Эта организация распространяет «Официальный Майерс-Бриггс опросник» и необходимые материалы для его официальной интерпретации, а также накапливает и публикует данные эмпирического распределения типов для широкого класса популяционных и субкультуральных категорий (полицейские, студенты высших школ и т.п.). Имеется также широкая сеть обучающих организаций, например, таких как Институт по исследованию темперамента (Temperament Research Institute), а также ряд периодических изданий: Исследовательский журнал Ассоциации психологического типирования «Журнал психологических типов», «Ежегодник психических измерений», который имеется в большинстве библиотек колледжей и университетов США, популярный журнал «Обзор типов» под редакцией Сусаны Сканлон и другие издания.

Однако в доступной нам зарубежной и отечественной литературе мы не нашли описания персонологических характеристик, описывающих личность врача-психотерапевта, а также особенности процесса профессиональной идентификации в данной профессиональной сфере.

Психологический тип, к которому относится каждый конкретный обучающийся психотерапевт устанавливается после процедуры тестирования по результатам обработки согласно специальной методике. Данная типологическая характеристика является устойчивым состоянием. Представляется, что этот подход является принципиально важным методическим приемом. Безусловно, что снижение уровня невротизации и приобретение навыков решения личностных проблем позволяет слушателю цикла усовершенствования по специальности «психотерапия» сконструировать как свой образовательный запрос в соответствии со своими персонологическими особенностями, так и повысить эффективность дальнейшего профессионального и личностного роста. Ниже мы приводим некоторые типологические описания персонологических различий и типов коррекционной работы с суицидентами, полученные нами в Новокузнецком институте усовершенствования врачей и выездных циклах обучения в гг. Челябинск, Омск, Новосибирск, Барнаул, Красноярск, Улан-Удэ, Находка путем опроса врачей-курсантов циклов усовершенствования по психотерапии.

Психотерапевт – интуитивно-логический иррациональный экстраверт (ENTP) отличается, как правило, хорошими по-

знавательными возможностями, он эрудирован, любознателен, активно интересуется современной профессиональной литературой. Обладает хорошей коммуникативной пластичностью, живой, оптимистичный, дружелюбный. Хорошо развитая интуиция помогает выбирать оптимальное решение в процессе коррекции поведения пациента. Поэтому он может найти неожиданное решение проблемы, раскрывая ее решение как бы со стороны, часто используя для этого приемы нейролингвистического программирования и гештальт-терапии. Демократически предоставляя возможности выбора терапевтических стратегий своему пациенту, нередко проявляет настойчивость в процессе организации поиска принципиально новых подходов решения проблемы. Вместе с тем плохо рассчитывает время и часто перегружает терапевтический процесс избыточностью методических приемов. Часто используется в процессе профессиональной идентификации личностный «миф», который последовательно доказывается, поэтому полностью бесконфликтные отношения этому типу профессионалов, удаются с трудом.

Следующий рассматриваемый тип психотерапевтов – этико-сенсорный рациональный экстраверт (ESFJ) характеризуется окружающими активным, оптимистичным, доброжелательным человеком, внимательным и заботливым к пациентам. Хорошо чувствует эмоциональное состояние других людей, обаятельный и располагающий к себе собеседник. Отличается независимостью суждений, настойчив и решителен в действиях, особенно в тех консультативных ситуациях, где нужно справиться с аутоагрессивными тенденциями пациентов при недостатке времени. Эта типологическая особенность позволяет отнести данный тип психотерапевта к одному из наиболее оптимальных для коррекционной работы с суицидентами. Вместе с тем, часто не умеет ждать, и настроен на получение немедленного результата.

Психотерапевт – этико-интуитивный рациональный экстраверт (ENFJ) относится к одному из наиболее часто встречающихся в нашей выборке типов психотерапевтов и отличается особой эмоциональностью, тонким чувствованием настроения других людей. Развивая свои профессиональные способности такой профессионал способен выразить свои чувства, очень точно подстраиваясь к эмоциям других людей, проявляя мягкий юмор и иронию. Предусмотрителен, дальновиден, может рационально распределить психотерапевтическую стратегию во времени, построить стратегический план терапевтической интервенции и затем отстаивать его после-

довательность. Среди его профессиональных убеждений часто отмечается вера в возможности саногенетического мышления как базовые, неотъемлимые от природных качеств человека, поэтому старается понять мотивы суицидального поведения и, говоря языком трансакций, зачастую отстаивает моральные позиции «наставника и воспитателя».

Разумеется, что три выше обозначенных личностных персонологий психотерапевтов находятся в ряду выявляемых шестнадцати типов организации процессов получения и переработки информации и четырех разновидностей темперамента и не описывают всех тонкостей обнаруживаемых отличий человеческого поведения в данной профессиональной сфере. Поэтому нами предусматривается специальная возможность для каждого специалиста в получении дополнительной психотерапевтической консультации или личной психотерапии непосредственно у профессорско-преподавательского состава кафедры психотерапии ГИДУВа, соответственно, с соблюдением базовых принципов психотерапевтического приема, в т.ч. анонимности и конфиденциальности.

В виду того, что данная научно - исследовательская работа изучает образовательный запрос и создает возможности удовлетворения личностного образовательного запроса, возникает необходимость в правовом регулировании данного вида обучающей деятельности, непредусмотренной действующим государственным образовательным стандартом. Основным затруднением, на наш взгляд, является отсутствие надлежащей юридической методологической и научно-практической проработанности базисных положений, определяющих также такие особенности гражданско-правового регулирования образовательных возмездных услуг по специальности «Психотерапия», как субъектный состав, объект, предмет обязательства, основания возникновения обязательств и их правомерность, понятие, общая характеристика, условия и обязанности сторон договора возмездного оказания образовательной услуги в государственном учреждении послевузовского медицинского профессионального образования.

Таким образом, выяснение образовательного запроса врачей-психотерапевтов, обучающихся на циклах усовершенствования, а также идентификация их персонологических характеристик, описывающих психологический тип, позволяет гибко уточнить учебный запрос и внести необходимые коррективы в учебно-методические разработки, а также предложить авторские программы и дополнить образовательный стандарт с учетом

индивидуального образовательного запроса обучающихся психотерапевтов. Анализ имеющегося банка данных позволяет систематизировать обнаруженные типологические характеристики и дать научно обоснованные рекомендации по оптимизации образовательного процесса по специальности «Психотерапия». Разрабатываемый нами методический подход оставляет индивидуальное пространство для проявления креативности слушателей цикла усовершенствования, определяющее направление профессионального и личностного роста. Новые формы обучения и новые информационные технологии позволяют использовать описание типов личности психотерапевтов в терминах управления и менеджмента, а также дополнить таким важным научно-методическим направлением исследования в области научной психотерапии как изучение личности психотерапевта, этой центральной фигуры в «профессии, помогающей людям».

Литература:

1. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М.: Академический проект, 2001. – 496 с.
2. Москвитин П.Н., Котляров Б.П., Коновалова Н.Г., Подхомутников В.М. Изучение личностно - ориентированного образовательного запроса в послевузовском медицинском профессиональном образовании: Мет. пособие. – Новокузнецк, ГИДУВ, 2002. – 14 с.
3. Москвитин П.Н. Личностно-ориентированные образовательные программы подготовки психотерапевтов практического здравоохранения // Проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Материалы XXXVIII научно-практической конференции. – Новокузнецк, 2003. – с. 39-43.
4. Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультурный подход в Российской психотерапии: Дисс... докт. мед. наук. – СПб, 1998. – 87 с.
5. Семке В.Я. Клиническая персонология. – Томск: МГП «Раско», 2001. – 376 с.

PERSONALITY DIFFERENCES IN THE IDENTIFICATION OF PROFESSIONAL AND PSYCHOTHERAPY THERAPIST SUICIDE

P.N. Moskvitin

State Medical Institute, Novokuznetsk, Russia

The debate about poor lighting in the scientific work of data from the study of personality psychotherapists. Based on personal experience, the author gives descriptions of typological differences personologicheskikh psychotherapist and the types of remedial work with suicide. According to the author this methodical approach leaves room for individual creativity manifestation listeners improvement cycle that determines the direction of professional and personal growth.

Keywords: psychotherapy, suicidal behavior.

УДК 616.832-004.2 : 616.89-008.441.44

МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ФАКТОРЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО БАРЬЕРА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

П.Б. Зотов, Н.И. Куценко

Тюменская государственная медицинская академия
Тюменская областная клиническая психиатрическая больница

Контактная информация: Зотов Павел Борисович, тел.: (3452) 73-27-45, e-mail: sibir@sibtel.ru

Обследовано 154 больных рассеянным склерозом с суицидальным поведением: группа сравнения – n=60. Показано, что суицидальное поведение у этой категории пациентов формируется на фоне депрессивных расстройств невротического уровня. При этом основными субъективно значимыми мотивами, лежащими в основе формирования суицидальной активности, являются переживания депрессивного круга и соматического неблагополучия. Среди факторов антисуицидального барьера доминирующее значение имеют психологические образования: надежда выздороветь и страх смерти. В ряде случаев регрессия суицидальной готовности наблюдается вследствие нарастания тяжести когнитивного дефекта и эйфории.

Ключевые слова: мотивы, факторы антисуицидального барьера, суицид, суицидальное поведение, рассеянный склероз.

Разработка современных подходов к профилактике и ранней диагностике суицидального поведения является важной медико-социальной задачей в связи с высокой частотой самоубийств в нашей стране [1, 2, 5]. Системный подход включает выделение отдельных групп, факторов риска и мотивов повышенной суицидальной готовности, а так же проведение коррекционной работы с учетом факторов антисуицидального барьера и индивидуальных особенностей пациента [1, 8, 11 и др.].

По данным различных авторов [1, 4, 9, 10 и др.] к факторам суицидального риска относят:

1) социально-демографические показатели (пол, возраст, место жительства, образование, семейное и общественно-профессиональное положение, наличие в анамнезе противоправных действий);

2) социально-экономические (войны, экономические кризисы);

3) природные (время года, день недели, время суток);

4) медицинские (соматическая и психическая патология);

5) индивидуальные (личностные и характерологические особенности, содержание морально-этических норм, формы и уровни дезадаптации);

6) личностно - ситуационные (конфликты – локализация, сфера, направление, динамика; степень суицидальных проявлений в прошлом и настоящем);

7) генетические факторы (наследственная отягощенность расстройствами настроения, суицидами) и др.

Выявление этих факторов позволяет определить основные категории лиц, нуждающихся в профилактической и коррекционной работе. Обязательным объектом этих мероприятий являются факторы антисуицидального барьера, определяемые некоторыми авторами [1, 4] как установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Обычно к ним относят осознаваемые, психологически понятные психологические образования:

1) страх смерти;

2) интенсивные эмоциональные привязанности к значимым близким;

3) родительские обязанности;

4) выраженное чувство долга;

5) концентрация внимания на состоянии собственного здоровья;

6) зависимость от общественного мнения и желание избежать осуждения со стороны окружающих;

7) наличие жизненных планов, замыслов;

8) религиозные воззрения и др.

Вместе с тем результаты наших собственных многолетних исследований суицидальной активности различных континентов больных [4, 5, 10], а так же теоретические предпосылки позволяют сделать вывод о возможности выделения самостоятельной группы факторов антисуицидального барьера психопатологического круга, основной характеристикой которых является снижение критичности мышления [6]. Можно предположить, что к таким факторам относятся: эйфория, маниакальное состояние, когнитивные нарушения, а так же отдельные виды апатиче-

ских, волевых расстройств, в ряде случаев паранойяльные расстройства. Присутствие этих нарушений должно снижать суицидальную готовность больных.

Цель исследования: оценить мотивы и структуру факторов антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом.

Материал исследования составили 214 больных рассеянным склерозом, направленных или первично самостоятельно обратившихся на прием к психоневрологу в ГЛПУ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница».

Основную группу составили 154 больных рассеянным склерозом, у которых при первичном обследовании были выявлены различные формы суицидального поведения. Группу сравнения (n=60) подбирали специально с учетом критериев сопоставимости по полу, возрасту и нозологическим формам. Главное отличие от основной группы – отсутствие суицидальных тенденций.

Среди всех обследуемых мужчины составляли – 35,0%; женщины – 65,0%. Возраст пациентов был от 16 до 65 лет, средний – 38,2±4,9 лет. Длительность заболевания рассеянным склерозом – от 4 до 27 лет.

Методы исследования: клинический, клинико-психопатологический.

Результаты исследования и обсуждение. При первичном клинико-психопатологическом исследовании было установлено, что у всех больных основной группы суицидальная активность проявлялась на фоне депрессивных нарушений и являлась их составной частью. Психический статус у этих пациентов определялся расстройствами невротического уровня, в структуре которых преобладали тревожно-депрессивный (48,1%) и астено-депрессивный (47,4%) синдромы. Когнитивные нарушения, регистрируемые при первичном осмотре у отдельных больных, обычно носили минимальный характер. Критика не страдала. У больных группы сравнения в клинической картине преобладали симптомокомплексы органического поражения ЦНС: церебрастенический (31,7%) и энцефалопатический (18,3%).

В структуре суицидального поведения больных основной группы преобладали антивитальные переживания (48,1%) и суицидальные мысли (27,9%). Суицидальные замыслы регистрировались в 10,4%; суицидальные намерения – в 7,8% случаев. Суицидальные попытки совершили 9 человек.

Анализ условий реализации суицидальных действий показал, что 8 из 9 попыток были заранее продуманы и спланированы, совершены в

пределах своей квартиры, в отсутствие лиц, способных прервать суицид. В случае эффективных реанимационных мероприятий больные негативно оценивали оказанную им помощь. Одна попытка, путем нанесения порезов в области локтевых вен, совершенная женщиной 49 лет, на виду у близких, имела внешние признаки шантажного поведения. Однако, при подробном опросе больной, было выявлено истинное намерение погибнуть, наказав этим членов семьи, которые, по ее мнению, не оказывали ей достаточного внимания и заботы. Приведенные данные свидетельствуют в пользу истинности намерений пациентов погибнуть от суицидальных действий. Анализ характера суицидального поведения достоверных различий по гендерному признаку в исследуемой группе не выявил.

При подробном изучении анамнеза жизни лишь 5 человек указали на присутствие отдельных суицидальных идей до развития рассеянного склероза. У остальных больных суицидальные тенденции проявились в период развернутой клиники и / или на этапе клинико-инструментального подтверждения неврологического заболевания, определившего дальнейший прогноз. Данный вопрос является достаточно важным для клинической практики, так как указывает на важный аспект работы невролога по выявлению аутоагрессивной настроенности больных.

Как показали исследования, большая часть больных косвенно (58,4%) или открыто (20,8%) сообщали о своих суицидальных идеях. При этом частота вербализации данных расстройств имела положительную корреляционную связь с тяжестью суицидальной настроенности, наиболее значимую при неявном (косвенном) предъявлении жалоб (p=0,9976).

Показательна в этом плане и динамика частоты свободного предъявления суицидальных тенденций. О нежелании жить заявляли лишь 6,7% больных с антивитальными переживаниями, но по мере роста выраженности аутоагрессивной настроенности эта доля увеличилась до 37,5% при суицидальных замыслах, и максимально проявилась у лиц, совершивших суицидальную попытку – 44,4%. Отсутствие вербальных проявлений суицидальной активности в структуре жалоб, напротив, регистрировалось наиболее часто при антивитальных переживаниях (36,5%) и вообще не отмечалось при суицидальных замыслах и намерениях.

Это подтверждалось и данными оценки адресности суицидальных высказываний. Подробный опрос показал, что лишь в одном случае сообщения ограничивались только кругом родственников. Более половины больных (54,5%)

высказывали эти идеи только в беседе с врачом, а 44,8% пытались проговорить как с врачом, так и близкими. В последнем случае врач, обычно, являлся тем человеком, к которому больные обращались после общения с родными, указывая, что они не способны их понять и поддержать. Повышение тяжести суицидальной настроенности сопровождалось увеличением частоты предъявления жалоб о нежелании жить более широкому кругу. Так, если только врачу высказывали антивитальные переживания 78,4% больных, а доля лиц, предупредивших врача о суицидальной попытке, составила 11,1%, то при расширении доверительного круга, включающего и близких и медработников, частота предъявления суицидальных мыслей составила – 60,5%, замыслов – 62,5%, намерений – 75,0%. Среди суицидентов о возможности совершить самоубийство близким и врачу сообщили 8 из 9 человек.

Эти данные согласуются с результатами оценки отношения больных к выявлению суицидальных тенденций. Традиционно считается, что активный расспрос на эту тему может индуцировать самоубийство больных. Однако наши исследования, напротив, свидетельствуют, что возможность обсудить тему добровольного ухода из жизни активно поддержали 18,9% человек, а 64,9%, высказывая амбивалентное отношение к данному вопросу в начале беседы, при поддержке врача продолжили разговор. И, в конечном итоге, отметили положительный эффект от возможности проговорить проблему суицидальной активности. Лишь у 16,2% пациентов проявляли негативную реакцию.

Необходимость активного выявления суицидальных идей поддерживается рядом авторов, при этом А.Б. Смулевич [7] 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.

Таким образом, приведенные результаты наглядно свидетельствуют о том, что формирование суицидального поведения и совершение попытки самоубийства не происходит без внешних проявлений и высказываний больных. Напротив, большинство из них пытаются найти возможность обсудить эти вопросы с окружающими, но, обычно, редко находят поддержку и понимание. Внимательное отношение к жалобам пациентов в большинстве случаев позволяет выделить в структуре депрессивных жалоб признаки суицидальной настроенности. При этом во всех случаях необходимо выявлять основные

мотивы их суицидальной готовности, а в случае реализованных суицидальных действий – условий их совершения.

В ходе психотерапевтической работы при целенаправленном опросе было установлено, что ведущими мотивами, лежащими в основе формирования суицидального поведения больных рассеянным склерозом (табл. 1), являются переживания депрессивного круга и соматического неблагополучия: ощущения своей неполноценности (94,2%); снижение способности к самообслуживанию (70,8%); нарушение сексуальной функции (44,8%); чувство одиночества и ненужности (38,9%); утрата надежды на изменение к лучшему (31,2%); страх перед болью (22,7%); представления о бесцельности и мучительности дальнейшего существования (20,1%); зависть к здоровым (15,6%); крушение идеалов (15,6%); желание освободить родственников от ухода за больными (14,3%); желание вызвать к себе сострадание (13,0%) и др.

Таблица 1

Ведущие мотивы суицидального поведения больных, в %

Мотивы суицидального поведения	Мужчины (n=54)		Женщины (n=100)	
	абс.	%	абс.	%
Ощущение своей неполноценности	51	94,4	94	94,0
Неспособность к самообслуживанию	36	66,7	73	73,0
Импотенция, фригидность	*41	75,9	28	28,0
Чувство одиночества и ненужности	19	35,2	41	41,0
Утрата надежды на изменение к лучшему	16	29,6	32	32,0
Страх перед болью	11	20,4	24	24,0
Представления о бесцельности дальнейшего существования	10	18,5	21	21,0
Крушение идеалов	9	16,7	15	15,0
Зависть к здоровым	3	5,6	21	21,0
Освободить родственников	5	9,3	17	17,0
Желание вызвать к себе сострадание	7	12,9	13	13,0
Прекращение соматического страдания	*9	16,7	2	2,0
Страх слепоты	4	7,4	1	1,0
Чувство вины	1	1,8	3	3,0
Страх перед мучительной смертью	1	1,8	1	1,0
Недержание мочи	1	1,8	1	1,0
Желание доказать свою правоту	--	--	1	1,0

Примечание: *P<0,05 – различия между группами достоверно значимы.

Достоверность различий между мужчинами и женщинами регистрировались по частоте предъявления нарушений сексуальной функции. Импотенция и связанные с ней депрессивные переживания являлось одним из основных мотивов суицидальной активности у 75,9% мужчин. На фригидность и другие расстройства сексуального поведения указывало достоверно меньшее число женщин (28,0%; $P < 0,05$). Эти данные позволяют определить основные направления психотерапевтической работы с больными рассеянным склерозом.

Для индивидуального планирования всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий не менее важной задачей является изучение факторов антисуицидального барьера, знание которых позволяет воздействовать на субъективно значимые психологические ценности личности больного (табл. 2).

Таблица 2

Ведущие факторы антисуицидального барьера больных, в %

Фактор	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Надежда выздороветь	*64	41,6	35	58,3
Страх смерти	*47	30,6	6	10,0
Семья	*27	17,5	2	3,4
Религиозные представления	12	7,8	3	5,0
Негативное отношение к самоубийцам в обществе	3	1,9	1	1,7
Отрицательный пример для детей	1	0,6	--	--
Другое	--	--	13	21,7
Итого:	154		60	

Примечание: * $P < 0,05$ – различия между группами достоверно значимы.

На рисунке 1 можно отметить, что у больных с суицидальным поведением отмечалось достоверное снижение ($P < 0,05$) частоты такого важного показателя как надежда на выздоровление или значительного улучшения состояния (41,6%). В группе сравнения он выявлялся у 58,3% человек. При сопоставлении этого показателя с мотивами суицидальной активности, выявлялась тесная отрицательная корреляция ($r = -0,8626$) с чувством утраты на изменения к лучшему.

Второй по частоте показатель – «страх смерти» – так же достоверно чаще (30,6%; $P < 0,05$) регистрировался среди больных основной группы. Меньшая представленность этого признака в группе сравнения (10,0%) свидетельствует не в пользу уменьшения значимости страха смерти для данных больных, а отражает более присталь-

ное внимание к этой проблеме пациентов основной группы. Активные размышления о возможности и целесообразности добровольного ухода из жизни, непременно включают в сферу внимания и интеллектуальной переработки вопросов смерти, результатом чего является актуализация данного фактора антисуицидального барьера.

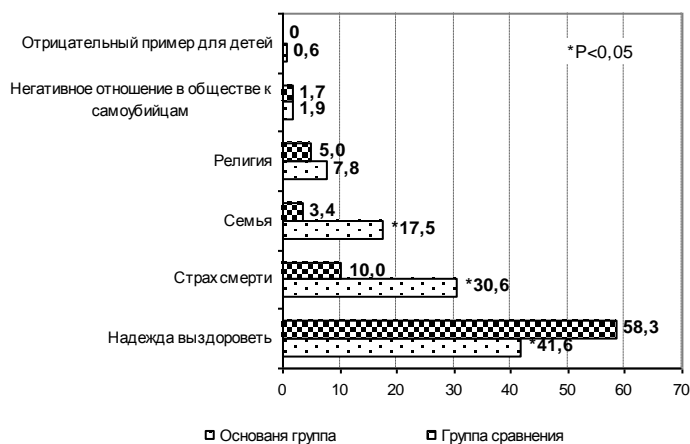


Рис. 2. Факторы антисуицидального барьера больных сравниваемых групп, в %.

Достаточно важным защитным элементом, на который указали 17,5% лиц основной группы, являлась забота о семье, пожилых родителях или детях. Возможность причинения дополнительных страданий этим людям являлось достаточно сильным фактором, ограничивающим аутоагрессивную активность больных. В группе сравнения этот фактор регистрировался достоверно реже (3,4%; $P < 0,05$).

На религиозные воззрения, как ведущий фактор антисуицидального барьера, активно указывали 7,8% больных основной и 5,0% группы сравнения.

Таблица 3

Отношение больных к религии в условиях заболевания

Отношение	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Не верил и не верит	*14	9,1	15	25,0
Не верил, но при заболевании поверил	58	37,7	16	26,7
После заболевания вера усилилась	31	20,1	8	13,3
После заболевания в вере разочаровался	31	20,1	8	13,3
Неопределенное отношение к вере	20	13,0	13	21,7
Итого:	154	100,0	60	100,0

Примечание: * $P < 0,05$ – различия между группами достоверно значимы

Несмотря на сравнимые показатели, полученные в группах, при более внимательном распросе было установлено, что отношение к религии изменялось в процессе развития заболевания. И эта динамика имела значительные различия в сравниваемых группах (табл. 3).

Так, среди больных с суицидальным поведением, число лиц, отрицавших религиозные воззрения, составило лишь 9,1%, что было почти в три раза меньше, чем в группе сравнения (25,0%; $P < 0,05$). При этом 37,7% больных с суицидальными тенденциями отмечали, что именно тяжелая болезнь явилась основой обращения к религии, а в 20,1% случаев она способствовала усилению веры. В группе сравнения эти показатели были значительно ниже (26,7% и 13,3% соответственно). С другой стороны, наряду с ростом числа религиозных воззрений 20,1% больных основной группы исследования указывали на разочарование в вере, вплоть до полного отрицания Бога и религии. Обращение к религии в условиях заболевания не способствовало улучшению их самочувствия, душевного покоя. Как правило, эти больные неоправданно завышали уровень своих надежд: полное выздоровление, восстановление социального положения и материального благополучия. Неуклонное прогрессирование заболевания разрушало их надежды и вело в деструкции самого фактора антисуицидального барьера. Подробный опрос этих больных показал, что снижение защитной роли религиозного фактора ассоциируется с более тяжелыми проявлениями суицидальной активности – замыслами, намерениями и попытками. Другие факторы, называемые больными в качестве ведущих причин, ограничивающих их суицидальную активность, были представлены в единичных случаях.

Дальнейшее наблюдение показало, что по мере прогрессирования заболевания мотивы и психологические факторы антисуицидального барьера, нередко, дезактуализируются. Так, среди 154 больных основной группы, получавших психотерапевтическую и лекарственную психотропную терапию, направленную на коррекцию суицидального поведения, в катамнестическом периоде в 14,3% случаев наблюдалось прогрессивное нарастание когнитивных расстройств со снижением критичности к своему состоянию. У 6 человек снижение критики регистрировалась на фоне развития гипоманиакального состояния. Во всех случаях в динамике наблюдалась полная регрессия суицидальной настроенности пациентов с дезактуализацией ведущих мотивов, независимо от тяжести аутоагрессивных идей. Например, в эту группу вошла пациентка, с диа-

гностируемыми у нее ранее истинными суицидальными замыслами в структуре тревожно-депрессивного синдрома. Прогрессирование заболевания с формированием когнитивного дефекта и эйфории в последующие 2,5 года наблюдения, полностью исключило у нее аутоагрессивную настроенность. Это подтверждалось и данными динамического наблюдения больных группы сравнения с гипоманиакальным синдромом и когнитивными расстройствами: полное отсутствие формирования суицидальной готовности в катамнестическом периоде.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о правомочности выделения факторов антисуицидального барьера психопатологического круга, основной характеристикой которых является снижение критичности к своему состоянию.

В целом, обобщая приведенные в настоящей работе данные, можно сделать выводы о том, что суицидальное поведение у больных рассеянным склерозом формируется на фоне депрессивных расстройств невротического уровня. При этом основными субъективно значимыми мотивами, лежащими в основе формирования суицидальной активности, являются переживания депрессивного круга и соматического неблагополучия. Среди факторов антисуицидального барьера доминирующее значение имеют психологические образования: надежда выздороветь и страх смерти. В ряде случаев регрессия суицидальной готовности наблюдается вследствие нарастания тяжести когнитивного дефекта и эйфории.

Эти данные позволяют определить приоритетные направления лечебной тактики и индивидуализировать весь процесс психотерапевтической коррекции суицидального поведения больных рассеянным склерозом.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ // Тер. архив. – 1996. – № 4. – С. 71-73.
3. Вагин Ю.Р. Суицидальная активность и защитные механизмы личности // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2. – С. 84-88.
4. Зотов П.Б., Уманский С.М. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – Том 35, № 1. – С. 99-101.
5. Зотов П.Б., Уманский С.М., Михайловская Н.В. Суицидальное поведение среди причин гибели наркозависимых // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 16-18.

6. Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский С.М. Психопатологические факторы антисуицидального барьера (на примере больных рассеянным склерозом) // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – № 6. – С. 46-47.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
8. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993. – 268 с.
9. Удовиченко А.С., Яраус В.Г., Соляник А.Н. О факторах суицидального риска среди пациентов психиатрической больницы // Экстремальные и терминальные состояния в эксперименте и клинике. Новосибирск, 1988. – С. 108-110.
10. Уманский М.С., Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. – № 5. – С. 56-58.
11. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N. et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological in-

vestigation // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1992. – Vol. 55. – P. 542-545.

SUICIDAL MOTIVES AND ANTISUICIDAL FACTORS PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

P.B. Zotov, N.I. Kutsenko

Tyumen State Medical Academy
Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital

Examined 154 patients with multiple sclerosis with suicidal behavior. It is shown that suicidal behavior in these patients formed the background for depressive disorders neurotic level. The major significant subjective motives underlying the formation of suicidal activity, are experiencing depression and somatic distress circle. Among the antisuicidal factors dominant role have psychological education: hope to recover and the fear of death. In some cases, regression occurs as a result of suicidal willingness increasing severity of cognitive deficiency, and euphoria.

Keywords: motivation, antisuicidal factors, suicide, suicidal behavior, and multiple sclerosis.

УДК 615.895.2 : 340.632

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Контактная информация: Ворошилин Сергей Иванович – e-mail: voros04@gmail.com

Патологическое пристрастие к азартным играм в популяции встречается от 1,4 до 5,1%. Первичными факторами их распространения являются микросоциальные факторы (распространение игры и приемлемость ее с позиции морали в непосредственном окружении человека, традиции участия в игре, воспитание). Степень распространенности игр среди индивидуумов и формирование контингента постоянно играющих определяется психологическими факторами и особенностями личности играющих. Развитие игровой зависимости определяется биологическими особенностями играющих.

Ключевые слова: игровая зависимость, гэмблинг

Игровая зависимость (патологическое влечение к азартным играм, лудомания, гэмблинг) занимает наиболее заметное место среди поведенческих нехимических зависимостей [5]. Она единственная была выделена в МКБ-10 из числа распространенных нехимических зависимостей.

История игровой зависимости уходит в далекую древность и наблюдается во всех человеческих культурах. Распространенность патологического пристрастия к азартным играм в популяции оценивается от 1,4 до 5,1%. В 1997 году количество лиц, зависимых от игры, в США, по данным National Gambling Impact Study Commission, была оценено в 7,5 миллио-

нов взрослых и 7,9 миллиона юных американцев [22, 23]. Еще 15 млн человек находятся в "группе риска".

Таким образом, примерно каждый десятый взрослый житель США находится в психологической зависимости от азартных игр. Игровой бизнес приносит больше дохода, чем киноиндустрия, организация спортивных шоу, продажа музыкальных записей и билетов на морские круизы вместе взятые. Двадцать лет назад азартные игры были разрешены лишь в двух штатах США из 50, а в остальных они были запрещены. В настоящее время в 48 штатах в той или иной форме азартные игры (карты, тотализатор, игровые автоматы и т.д.) разрешены,

и лишь в двух штатах (Гавайи и Юта) азартные игры запрещены полностью. Согласно зарубежным социологическим исследованиям в России игроманией страдает около 2 миллионов человек.

Игры в культуре человека.

Игра – это вид деятельности, направленной на удовлетворение потребностей в развлечении, удовольствии, снятия напряжения, на развитие определенных навыков и умений. Игрой называют форму свободного самовыражения человека, не связанную с достижением утилитарной цели и доставляющую радость саму по себе. Игра у человека занимает большее место, чем у животных, у которых она является только средством обучения и тренировки поведенческих навыков.

Игры всегда занимали большое место в человеческом обществе. Различные игры описаны у всех народов Земли, в том числе у всех изученных народов, находящихся на уровне первобытной культуры, а также признаки игра найдены археологами в эпоху палеолита на уровне 30000 лет до н.э. [10] Нидерландский историк, философ, теоретик культуры Йохан Хейзинга (1827-1945) сформулировал «игровую» концепцию культуры, высказав мысль, что игра является источником культуры, что «культура первоначально разыгрывается» в игре [12]. По его мнению, любая человеческую деятельность, если ее проанализировать до пределов нашего познания, окажется не более чем игрой. Человеческая культура возникает и развертывается в игре, как игра, хотя тождества месту игрой и культурой все же нет.

Можно разбить все игры, в которые играли различные племена, детально исследованные Хейзинга, на три основных вида: игры, предполагающие физическое мастерство (в них могли также присутствовать элементы стратегии или случайности), стратегические игры (без физического мастерства, но, возможно, с элементами случайности), и игры, основанные целиком на случайности. Исследования более 50 племен из всех частей света показали, что 86% из них играли в игры, требующие физического мастерства, 40% – в игры, основанные целиком на игре случая, и 38% – в стратегические игры. Игры выражают основные идеи и направления той или иной культуры и являются моделями различных видов культурной деятельности. При этом игры, основанные на случайности, первоначально связывались с верой в сверхъестественные силы. В них моделировалась зависимость человека от судьбы,

от неведомых сил, от счастливого или несчастливого случая.

Существуют различные классификации современных игр. Игры взрослых чаще всего разделяют на игры спортивные, развлекательные и азартные. Игры также разделяют по числу участников – на массовые, командные, парные и индивидуальные.

Спортивные игры имеют в настоящее время наиболее массовый характер. Это игры, организованные по определенным правилам деятельности, состоящие в сопоставлении физических и интеллектуальных способностей участников. Мотивом их являются стремление улучшения физического здоровья, получения морального и материального удовлетворения, стремления к совершенству, улучшению личных, групповых и абсолютных рекордов, славе, улучшения собственных физических возможностей и навыков. Для спортивных игр характерен выраженный соревновательный характер и большее место физической мышечной деятельности. Игры могут быть командными и один на один. Эти игры в настоящее время требуют развитой инфраструктуры.

Развлекательные игры также имеют в настоящее время значительную распространенность, но в большей мере применяются не столько для соревнования, сколько для отвлечения от обычной деятельности и развлечения, получения удовольствия. По своему характеру это преимущественно логические игры, т.е. требующие проявления способности человека к осуществлению интеллектуальной деятельности, другими словами – знание и умение применять законы познавательной деятельности в решении определенных задач, которые, в свою очередь, и являются фундаментом любой логической игры. В число таких игр входят многочисленные карточные игры (не включающие игру на деньги и иной материальный интерес), комбинаторные игры со специальными фигурами, на специальном поле (шахматы, шашки, го, реверси, нарды), игры на бумаге (морской бой). В настоящее время их дополняет растущее семейство компьютерных игр. Новейший этап в развитии игр начался с появления персонального компьютера, для которого были разработаны программы множества игр, в том числе для таких игр, как логические игры (шахматы и т.д.), игры на быстроту реакции и сообразительность (Tetris, Arcanoid, Bomberman и т.п.), карточные игры (пасьянсы, покеры и т.п.), игры-имитаторы игровых автоматов, аркадные игры – "бегалки" и "стрелялки" (Aladdin, Cool Spot, Super Mario, Raptor и т.п.).

Существует несколько классификаций компьютерных игр. Наиболее детальной и подробной является классификация по жанрам, выделяющей до 10 типов игр [9].

1. Игры Action - игрок уничтожает врагов при помощи различного оружия, один («бродилки-стрелялки») или в составе команды (Cold War Crisis).

2. Файтинги - поединки двух и более противников с применением рукопашного боя (Mortal Combat); Слэшер – фехтовальные поединки с видом от 3 лица - Blade of darkness, God of War.

3. Аркада, Стелс-экшен (Stealth-action) - игры, в которых предполагается скрываться от врага, выполняя свою задачу (Thief, Manhunt).

4. Симуляторы: технические, имитирующие управление истребителем, автомобилем (Ил-2 Штурмовик); спортивные (имитации футбола, хоккея, баскетбола, тенниса, боулинга, бильярда).

5. Экономические (Business simulation game) – отображающие экономические, рыночные процессы, в которых игрок руководит неким предприятием - Capitalism, Hollywood Mogul.

6. Стратегии – от «Стратегий реального времени», включающих уничтожение вражеской базы (Command & Conquer) до глобальных стратегий, в которых игрок управляет государством (Rome: Total War) или заботится о целом народе (Black & White);

7. Ролевые игры (Role playing game, RPG), в которых игрок управляет небольшой группой воинов - Fallout Tactics, Silent Storm.

8. Головоломки, логические, пазлы (Puzzle) – Сапёр, Охота на лис.

9. Традиционные и настольные игры – шахматы, карты, шашки, «Монополия».

Классификация по типу деятельности игрока:

1. Ролевые игры, для которых характерно исполнение роли определенного персонажа за счет личных качеств самого игрока. Имитируют актерскую деятельность.

2. Управленческие игры – стратегии и т.п. Имитируют деятельность менеджера, стратега.

3. Симуляторы – игры, имитирующие управление техническими средствами (самолетом).

4. Неролевые игры с видом от первого лица – «стрелялки», имитации простой деятельности.

5. Логические игры, головоломки. Отражают мыслительную деятельность, но не имитируют её.

6. Игры на быстроту реакции (без имитации деятельности).

7. Другие игры, которые имитируют разнообразные виды деятельности человека.

Развлекательные игры могут носить характер индивидуальных (раскладывание пасьянса, решение кроссвордов и головоломок, компьютерные игры симуляторы). Некоторые из таких игр приобрели характер спортивных (шахматы, шашки), но в основном они сохраняют преимущественно развлекательный характер. Иногда выделяют такие виды игр, как логические, интеллектуальные, коммерческие, игры на местности.

Азартные игры (фр. jeu de hazard – игра случая) – это игры, в которой выигрыш полностью или в значительной степени зависит не от искусства играющих, а от случая. Экономической сущностью азартной игры является заключение пари на деньги или какую-либо материальную ценность на событие с сомнительным исходом с главным намерением получения прибыли или материальных ценностей. Исход игры обычно ясен в пределах короткого промежутка времени [14].

Согласно законодательству, азартная игра – это «основанное на риске соглашение о выигрыше, заключенное двумя или несколькими участниками такого соглашения между собой либо с организатором азартной игры по правилам, установленным организатором азартной игры». Законы большинства стран не признают пари как полноценный контракт и рассматривают любые последствия материальных потерь как долг чести, не имеющий законной юридической силы. Поэтому криминальные организации часто берут на себя обязанность возврата больших долгов, используя при этом и силовые методы

Несмотря на возможность финансового риска, к азартным играм не относятся:

1. Эмоциональный или физический риск, где величина риска измеряется не в деньгах или товарах, а в угрозе благополучию (например, свободное падение, баллотирование на должность и др.).

2. Инвестиции, связанные с определенным риском (игра на бирже, операции с недвижимостью).

3. Начало нового бизнеса, результат исхода которого не определен.

4. Ожидание выигрыша, который является вторичным поводом для пари, как, например, результат покупки лотерейного билета для поддержки какой-нибудь акции.

5. Охота, рыбалка, кладоискательство.

Патологическую зависимость от азартных игр следует отличать от склонности к азартным играм и заключению пари, которое в МКБ-10 выделено в рубрику Z72.6 [13].

Азартные игры выделяют особо среди игр, поскольку, в отличие от спортивных и развлекательных, они часто ведут к серьезным индивидуальным, семейным и даже социальным последствиям. Люди разоряются, теряют семью, разоряют других людей, приносят ущерб общественной или государственной собственности, втягиваются в преступную деятельность, обнаруживают заметные личностные и даже психические расстройства. Возникновение социальных и финансовых проблемы наблюдается у значительной части патологических игроков: 23% игроков имеют финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке. До 60% зависимых от азартных игр лиц совершают правонарушения. В странах, где действуют казино, уровень преступности примерно на 8% выше, чем в странах, где азартные игры запрещены законом. От 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства.

Виды азартных игр

1. Игра в кости.

Варианты игр, к которым развивается игровая зависимость, чрезвычайно многообразны. Древнейшей является игра в кости [1, 11]. Предшественниками современных игровых костей были бабки (таранные кости надкопытного сустава ноги животных), имеющие различную форму своих четырех поверхностей. Все известные народы первобытной культуры играли в азартные игры с костями, сделанными из различных материалов. Их изготавливали из сливовых или персиковых косточек, из семян, из костей быков, северных оленей, лосей, из оленьих рогов, из зубов бобра или сурка, из гальки, керамики, скорлупы ореха. Первоначально бабки, металлические палочки и игральные кости использовались не только в азартных играх, но и для предсказания будущего, гадания или ворожбы. Список народов, которые совсем не играли в азартные игры, мал. В их число входят австралийские аборигены, жители Океании, Новой Гвинеи, некоторые племена Индонезии и Индии, большинство народов Сибири, некоторые народы Восточной Африки и Южной Америки. 3500 лет тому назад появились шестигранные игральные кости, с применяющейся до сих пор разметкой, где сумма точек на противоположных гранях всегда равна семи. И уже в могилах Древнего Египта находили игральные кости, изготовленные специально в целях мошенничества.

С помощью костей играют во множество игр. Чаще всего в игре бросают две кости, как при игре в бэкгаммон (триктрак) и в сотнях других игр на доске. Самая популярная азартная игра, в которую играют в игорных домах, – крэпс, также играется двумя костями. Игры чак-э-лак (Chuck-a-Luck), хэзарт (Hazard) и четыре-пять-шесть играют тремя костями. Имеются варианты игр у стойки бара (например, двадцать шесть), которые играют десятью костями.

Кроме того, имеются игры, где метание костей является не основным, а вспомогательным элементом игры, вносящим лишь элемент случайности, тогда как в значительной степени выигрыш зависит от умения и способностей игрока. Такова, например, игра «нарды».

2. Ставки на животных.

Вторым видом азартных игр, известных с древности, были соревнования животных, на которых ставились ставки и заключались пари [1, 11]. Имеется два вида игр с животными: бои и гонки животных.

2.1. Бои животных. Наиболее распространены в настоящее время петушиные и собачьи бои.

Петушиные бои были популярны еще в древние времена в Индии, Китае, Персии и других странах Востока, в древних Греции и Риме, позднее почти во всех странах Европы, в том числе в Голландии, Бельгии, Люксембурге, Италии, Германии, Испании и в ее колониях, в Англии, Уэльсе и Шотландии. Они запрещены законом в США, Мексике, Таиланде и некоторых других странах как жестокое зрелище. Но это не мешает проводить их подпольно. На рынках Средней Азии проводятся также бои самцы перепелов и горных куропаток – кекликов, также из отряда куриных.

Собачьи бои. Собачьи бои в разное время были популярны практически во всех странах, в том числе в Японии и Китае. Известно 37 пород бойцовых собак: ряд пород бульдогов, терьеров, бультерьеров, мастиффов, догов, овчарок. В Европе бои между животными были постепенно запрещены, начиная с запрета их в 1869 г. в Голландии. Однако подпольные собачьи бои в Европе организуются и в наши дни. Собачьи бои открыто проводятся в Афганистане, в республиках Средней Азии, в Азербайджане. В 1990-е гг. они стали проводиться в России, в том числе в Москве, Томске, Воронеже и Екатеринбурге. На некоторых состязаниях работал тотализатор. Формально в России с 1992 г. запрещены жестокие зрелища с участием зверей. По мнению собаководчиков, бои позволяют улучшить породу и

"снимают агрессию" у животных, что позволяет сохранить породы овчарок, способные бороться с волками, что жизненно необходимо, например, в Средней Азии и на Кавказе. В России и СНГ чаще всего проводятся бои кавказских и азиатских овчарок. Бои проводятся также с такими бойцовыми породами как буль-терьеры, стаффорд-терьеры.

Кроме того, в некоторых странах популярны верблюжьи бои (чаще в Турции); гусиные бои в России, бои рыб самцов аквариумных рыбок петушков - *Betta splendens* в Таиланде; бои самок богомоллов и бои сверчков в Китае

2.2. Гонки животных. В настоящее время наиболее распространенными являются конские бега.

Конные бега (скачки). Они существовали еще в древнем мире (в Риме, Константинополе). Современные скачки ведут свою историю из Англии 18 века. Основой инфраструктуры скачек является *ипподром* - место проведения испытаний рысистых и скаковых лошадей и конноспортивных соревнований. Россия была первой после Англии, где в 19 веке стали организовываться скачки, которые являются необходимым элементом для племенного дела. Московский ипподром, ведущий свою историю с 1834 г. – старейший не только в России, но и во всей континентальной Европе, и единственный в России, где скачки отвечают мировым стандартам. Во время гонок участник игры делает прогноз (заклучает пари) на возможный вариант игровой ситуации, где выигрыш зависит от частичного или полного совпадения прогноза с фактическими результатами. Учет ставок осуществляется с помощью тотализатора, который впервые появился в конце XIX века в Новой Зеландии. В России тотализатор впервые появился на Царскосельском ипподроме в 1876 году. В 1905 г. в России было 59 ипподромов. В 2001 г. было 100 конных заводов, 53 государственных заводских конюшен, около 300 племенных коневодческих ферм, 40 ипподромов. В 2008 г. – 8 крупных и реально действующих ипподромов и 28, так называемых, государственных заводских конюшен с ипподромами, на которых не действует тотализатор. Дважды в истории России прекращалось финансирование конезаводства – в годы гражданской войны и после распада СССР. В 2008 г. тотализатор в России, как азартная игра был запрещен, что снова поставило под угрозу существование коневодства, так как деньги на него получались от тотализатора. Но в 2009 г. тотализатор был снова восстановлен.

Кроме того, в различных странах популярны: верблюжьи бега (в арабских странах), собачьи бега (в англоязычных странах, в Швеции, Дании, Финляндии, Венгрии, России, Бельгии, во Вьетнаме), гонки на собачьих упряжках, гонки на оленях, поросячьи бега (в старой России), бега коз (в Гайане), бега хорьков (в Англии), гонки почтовых голубей (в Китае, Японии, США, Канаде, Австралии), бега черепах (в Канаде), бега улиток (в Великобритании), тараканьи бега.

С появлением государства появился такой вид азартных игр, как лотерея.

3. Лотерея (от итал. *lotteria*) – организованная игра на удачу, при которой распределение выгод и убытков зависит от случайного извлечения того или иного билета или номера (жеребья, лота). Любые виды лотерей являются формой азартной игры, в ходе которой большое число людей приобретают шансы на выигрыш, называемые лотерейными билетами, а номера билетов, на которые упадет выигрыш, вынимаются из совокупности номеров этих билетов. Список стран, в которых проводятся общегосударственные лотереи или существует система лицензий на право проведения частных лотерей, велик и включает большинство стран мира. В СССР организация лотереи было государственной монополией, и государство регулярно организовывало лотереи для финансирования каких-либо мероприятий, как например, лотерея «Спортлото» обеспечивала развитие физкультуры и спорта. В РФ возможны также территориальные и даже частные лотереи.

4. Игральные карты.

Длительное время наиболее распространенными азартными играми в Европе были игры в карты [1, 11]. Первые игральные карты появились в 12 веке в Корее и Китае. В 14 веке они появились в Европе. Современный облик карты приобрели к 19 веку. В играх используются колоды с числом карт от 32 до 54 карт. Основные азартные карточные игры: «Тридцать и сорок», Баккара и Железная дорога (*le chemin defer*), Макао (вариант Баккара), Черный Джек (*Blackjack*), Двадцать одно (упрощенный вариант «Черного Джека»), Казино. В этих играх результат полностью зависит от случайной раздачи карт и практически не зависит от умения игрока. Однако, кроме того, имеется множество игр, результат которых помимо случая, зависит от умения играть и от способностей игрока. Их часто выделяют в отдельный класс «коммерческих» игр, даже если имеет место игра на деньги. Таковы бридж, преферанс, вист, ломбер, бостон, различные варианты игры покер, впервые упомянутый в лите-

ратуре в 1526 году, но распространившийся в 18-19 веках.

В Россию карты проникли из Западной Европы в конце XVI века, распространились в XVII веке и почти сразу же азартные карточные игры были запрещены «Уложением» 1649 года наравне с игрой в кости и «зернь». Картежников наказывали кнутом, отрубали пальцы или руку, и даже казнили. В 18-19 в.в. азартные игры были запрещены и наказывались штрафами, а коммерческие игры разрешались и были распространены. Карточные долги судами не признавались.

5. Рулетка.

Рулетка была изобретена 1655 году известным французским ученым Блезом Паскалем. В игре игроки делают ставки, размещая фишки на полях игровой разметки на столе на любой номер, группу номеров или их комбинацию, по которой они надеются выиграть. Крупье запускает вращающееся колесо и помещает в углубление вращающегося колеса, небольшой шарик из слоновой кости или пластмассы. Когда шарик останавливается между металлическими перегородками на круге колеса, он тем самым отмечает выигравший номер. Крупье собирает все проигравшие ставки, не трогая фишки, находящиеся на выигравших полях, а затем выплачивает выигрыши в соответствии с тем количеством фишек, которое приходится на каждую выигравшую ставку [1, 11]. Рулетка в настоящее время имеется практически в каждом казино.

6. Игровые автоматы.

Однако в настоящее время наиболее массовым в игорном бизнесе является использование игровых автоматов (слот-машин, «одноруких бандитов»). Смысл игры с таким игровым автоматом состоит в том, что игрок должен раскрутить барабаны (диски) рычагом так, чтобы символы на дисках выстроились в определенную выигрышную комбинацию. Когда это случается, автомат выдает выигрышную сумму в соответствии с выигрышной таблицей [1, 11]. Первую слот-машину создал в 1884-88 гг. американец Чарльз Фай и уже в 1910 году слот-машины можно было увидеть в каждом городке и деревушке США. В конце 40-х годов слот-машины появились в Лас-Вегасе, и к 90-м годам XX века игровые автоматы приносили владельцам казино во всем мире 2/3 их прибыли.

7. Компьютерные игры.

Новейший этап в развитии игр начался с появления персонального компьютера, для которого были разработаны программы множества игр, в том числе на компьютере были воспроизведены все виды азартных игр: кости, карточные игры, тотализатор, рулетка, слот-машины. Проблемы с

этим играми те же, что с обычными азартными играми. Их значение будет возрастать в условиях закрытия казино. Остальные из перечисленных игр возможно могут формировать зависимость у некоторых пользователей компьютера, но она не занимает заметного места. Что касается видеослотов, всевозможных онлайн казино, онлайн-покерных столов, рулеток, то их история началась примерно в одно время с историей самого Интернета [1, 11]. Первое интернет казино появилось в 1994 году. Далее, начиная с 1997 года, виртуальные игровые порталы открывались один за другим. Ныне в мире действуют примерно 1,8 тыс. интернет-казино, большинство из них базируется в государствах Карибского моря. По оценкам консалтинговой фирмы Bear, Stearns & Co, в 2002 году доход интернет-казино составит \$3,5 млрд., а в 2003 году достигнет \$4,2 млрд. Примерно 60% своего дохода виртуальные игорные дома получают за счет игроков, живущих в США - при этом на территории самих Соединенных Штатов азартные игры в Сети запрещены.

Особое место среди компьютерных игр занимают ролевые игры (RPG - Role Playing Game), которые также способны формировать зависимость. Ролевые компьютерные игры - это игры, в которых играющий принимает на себя роль компьютерного персонажа, т.е. сама игра обязывает играющего выступать в роли конкретного или воображаемого компьютерного героя. Выделение ролевых компьютерных игр делается потому, что только при игре в ролевые компьютерные игры можно наблюдать процесс "вхождения" человека в игру, процесс своего рода интеграции человека с компьютером, а в клинических случаях - процесс утери индивидуальности и отождествление себя с компьютерным персонажем. Однако у этих игр можно выявить лишь медицинские последствия зависимости, но не те социальные последствия, которые характерны для собственно азартных игр.

Социальные факторы распространения азартных игр в обществе.

Несмотря на рост интереса к проблемам игромании, рост числа работ по ней, до настоящего времени остается нерешенным вопрос о соотношении социальных, психологических и биологических факторов в генезе этого поведенческого расстройства и распространения его в обществе, что необходимо для разработки мероприятий по профилактике и лечению этого расстройства.

Первичное значение в распространении определенных игр в обществе играют социальные факторы, которые можно разделить на макросоциальные факторы, воздействующие на все общество в целом, и на микросоциальные факто-

ры, оказывающие непосредственное влияние на человека через его непосредственное окружение.

Макросоциальные факторы включают в себя отношение общества в целом, государства, религии и идеологии к определенным играм, применение, с их стороны, по отношению к игрокам определенные санкций, поощряющих или осуждающих их участие в игре, а с другой стороны, обеспечение условий распространения игр: производство игр, обеспечение местами для игры. Отношение к азартным играм в разные времена было различным. В одних обществах, государствах, при отдельных правителях они могли подвергаться жесточайшим запретом с применением самых суровых санкций вплоть до смертной казни. Нередко государство было нейтрально, например, когда сами монархи или представители правящего класса проявляли к ним интерес, и в ряде случаев, оно само распространяло некоторые из азартных игр, как, например, лотереи. И, наконец, государство иногда допускало их распространение, чтобы иметь с этого некоторый доход в виде налога, как это наблюдается в княжестве Монако (крупнейшее казино Европы), в колонии Макао (Аомынь) на территории Китая, где находится крупнейшее казино мира, или в последние почти два десятилетия в России. В этих случаях азартные игры особенно распространялись, и в игроманию вовлекались новые контингенты играющих, а при разворачивании борьбы с ними контингенты игроков сужались, а лица, зависимые от игр уходили в подполье.

Кроме того, для распространения определенной игры необходимы определенные материальные условия – производство необходимых компонентов для игры. Если в примитивных обществах возможны были практически только игры в кости (природного происхождения) или соревнования животных, то возникновение карт стало возможным только после изобретения бумаги и печатного станка. Рулетка могла появиться только после начала промышленной революции, игровые автоматы стали возможны лишь при современном уровне машиностроения и электротехники, а компьютерные игры не могли возникнуть до появления компьютеров и программирования.

Микросоциальные факторы включают степень распространения игры в обществе, приемлемость ее с позиции морали в непосредственном окружении человека, традиции участия в игре, воспитание. Общество и государство могут проявлять крайне негативное отношение к игре, но в окружении человека участие в игре может носить обязательный характер, что повышает вероятность вовлечения его в игру. Так, азартные

игры были широко распространены в дворянской среде, в том числе в офицерской среде, в высшем обществе, несмотря на негативное отношение к этому со стороны высшей власти и самого Императора. В советский период, когда азартные игры были запрещены, они были практически обязательны в уголовной среде. Однако даже при значительном распространении игр в обществе не все индивидуумы проявляют активный интерес к игре и тем более не все становятся зависимыми от азартных игр. Определяющую роль в этих процессах играют индивидуальные психологические и личностные факторы.

Игровой бизнес в России

Влияние макро- и микросоциальных факторов на игроманию хорошо показывает ситуация с азартными играми в России.

С установлением советской власти, после Революции 1917 года, игорные дома и казино были запрещены. За карточные и другие азартные игры на деньги было уголовное наказание. Единственной разрешенной карточной игрой был бридж, который, как и шахматы, относился к интеллектуальным играм. В народе жили «дворовые» азартные карточные игры: деберц, очко, сека, бура, трына, которые были распространены и во дворах, в молодежной среде, среди заключенных.

На протяжении всей истории существования Советского Союза официальной игрой на деньги была лишь тотализатор на небольшом числе ипподромов и различные государственные лотереи, из которых крупнейшей была лотерея «Спортлото». СССР занимал 17 место по объемам продаж лотерейных билетов. В годы перестройки «игорный бизнес» начал возрождаться подпольно в домах отдыха, санаториях и ресторанах, а на борту круизных лайнеров появились даже игровые автоматы («однорукие бандиты») и рулетка. В гостиницах стали устанавливать игровые автоматы для иностранных туристов. В 1989 года началась новая эпоха легальных азартных игр в СССР – был открыт первый в стране игорный дом. В течение последующих 20 лет на территории России были открыты тысячи залов игровых автоматов, казино и игорных заведений. В начале 1991 года в стране работали 3 казино и было всего около 500 игровых автоматов. Начинает развиваться производство игорного оборудования. На начало 1994 года в 87 субъектах Российской Федерации (из 89) было зарегистрировано 496 компаний, занимающихся игорной деятельностью. В 2000 году игорный бизнес был распространён в 76 субъектах Российской Федерации. В конце 2000 года на территории Российской Федерации

находилось уже более 2700 игорных заведений, в которых было размещено 2581 игровой стол, 2100 залов игровых автоматов, в которых насчитывалось около 34294 игровых автоматов с денежным выигрышем. Имелось 127 букмекерских контор и 48 касс тотализаторов. Число занятых в игровой индустрии к 2000 г. достигало 120 тысяч человек, в 2005 – 2006 г.г. – 550 тысяч. Доля российской игровой техники составляла более 80%, оборудования для казино – более 90%. В 2005 году оборот этой сферы составлял 50 – 60 млрд. \$. До 60% российских игорных клубов было сосредоточено в Москве и Санкт-Петербурге.

В Уральском Федеральном Округе в 2005 году было до 30000 игровых автоматов. В Екатеринбурге было 24 казино и более 280 залов игровых автоматов, которые регулярно посещало около 4% горожан. Из них около 60% игроков – это были люди в возрасте до 30 лет и около 30% – люди от 30 до 40.

Длительный запрет на азартные игры привел к тому, что буквально за несколько лет они достигли небывалого расцвета. Казино в огромных количествах открывались во всех городах и весях. Только в одной Москве их было около ста – это мировой рекорд по количеству игорных заведений. И, что самое интересное, классический закон рынка («спрос рождает предложение») работал в полной мере: все казино были востребованы. Когда прошел первый бум, переизбыток услуг оказался очевидным, прибыли от казино стали снижаться, и количество игорных заведений в стране сократилось. Между оставшимися казино началась жесткая конкурентная борьба за клиентов. В последние годы ситуация в отечественном игорном бизнесе стабилизировалась. Результатом такого неконтролируемого роста игорного бизнеса стала эпидемия игромании, которая привела многих к разорению, суициду и иным проблемам.

В 2006 году был принят и утвержден федеральный закон о запрете игорного бизнеса. Игровые залы и казино были перепрофилированы в развлекательные центры и тренажерные залы. Те, кто решил продолжить работу в игорном бизнесе, перенесли его за рубеж, перепрофилировали казино под развлекательные центры и спортивные покерные клубы. Согласно закону игровой бизнес в России должен осуществляться в четырех игорных зонах, но их развитие почти не начато, и оставшийся игорный бизнес ушел в подполье. Намерения продолжить игру обнаруживают около 30% компаний, содержащих небольшие сети залов игровых автоматов. В целом, в той или иной форме игровые залы остались, но стали ещё более бесконтрольными, сводя шанс выиг-

рыша к абсолютному минимуму. Появилось много видов нового оборудования, которое не подпадает под действие нового закона, на которое нет ни стандартов, ни технических регламентов [2]. Кроме того, закон практически не в состоянии повлиять на компьютерные формы игорного бизнеса. Даже если бы удалось перекрыть его в Интернете, что невозможно, игра может проводиться с пиратских дисков.

Психологические и личностные факторы

Анализ различных видов патологических поведенческих зависимостей показывает, что, как правило, в их основе лежит нарушение влечения, нарушение какого-то из врожденных инстинктов. Это очевидно для нарушений пищевых влечений, сексуальных влечений, влечений к самосохранению, к сохранению целостности тела [3, 4]. Основы игровой зависимости значительно сложнее, поскольку в ее основе лежит нарушение не одного, а нескольких инстинктов.

Прежде всего, в основе ее лежит нарушение игрового инстинкта, влечения к игровой деятельности, который является одной из врожденных потребностей животных, особенно млекопитающих. Наиболее оно выражено в детском возрасте животных. В детском возрасте детеныши животных осваивают сложные поведенческие навыки, основа которых заложена в инстинктах, но требует дополнительного обучения и тренировки. Особенно большое место занимает игра, в которой осваиваются двигательные навыки, у хищников. При этом в играх животные практически никогда не причиняют трав друг другу, т.е их игровое охотничье поведение отличается от настоящего охотничьего. Большинство игр – это вариации на три главные темы: игра “хищник – жертва” (один убегает, другой ищет, догоняет, ловит), игра “брачные партнёры” (разыгрываются ритуалы знакомства, ухаживания, сопровождения, спаривания, борьбы за самку, строительства гнёзд), игра “родители – дети” (один делает вид, что кормит другого, защищает, согревает, чистит, переносит с места на место и т.п.). Для игр обязательна смена ролей. Сначала один изображает хищника, а другой – жертву, а потом – наоборот. Молодой самец выполняет ритуалы то самца, то самки, самка выполняет ритуалы самца. Молодая особь проверяет не только те действия, которые ей предстоит производить в будущем, но и те, которые будет выполнять партнёр, объект охоты или враг.

В число поведенческих паттернов, разыгрываемых в играх молодняка, входят не только те действия, которыми пользуются взрослые особи,

но и такие, которые используются другими близкородственными видами. Например, взрослая кошка охотится двумя способами: подкарауливает, затаившись, или прыгает, подкравшись. При этом она прижимает добычу двумя лапами к земле. Но котята, играя, демонстрируют ещё несколько способов: догоняя, ударяют в конце лапой по спине жертвы (как львы); догоняя, хватают двумя передними лапами (как гепарды); прыгая сверху, вцепляются зубами в загривок жертвы (как леопарды и рыси). Очевидно, что те поведенческие паттерны, которые для кошки при ее небольших размерах неэффективны, постепенно тормозятся и к взрослому возрасту утрачиваются. Также у человека имеется множество поведенческих паттернов, которые большинством взрослых не используется, если их не тренируют с раннего детства, как, например, способность совершать акробатические прыжки на высоте, как это делают воздушные гимнасты. Эти навыки являются обычными у многих мелких приматов, но они утрачены у взрослых крупных приматов и людей. У многих приматов есть врожденные программы строить себе убежища (обычно настил из веток на деревьях) или занимать подходящие места – дупла, пещеры. У детей наблюдается период увлечения строительством примитивных настилов, шалашей, влечение к проникновению в дупла, пещеры и похожие на них искусственным выемкам.

Но детские игры у человека отличаются значительно большей сложностью, поскольку они включают еще имитацию хозяйственной и производственной деятельности взрослых, которая отличается большим разнообразием. В дошкольном возрасте игры частично заменяются обучением, которое первоначально происходит исключительно в форме игр. Но у человека игра сохраняет значительное место и во взрослом возрасте.

Психологическая основа азартных игр. В основе зависимости к азартным играм лежат нарушения нескольких инстинктов.

Первый – это собственно игровой инстинкт, который у человека занимает значительно большее место, чем у других животных, отражая общую инфантилизацию человека в ходе его эволюции.

Второй инстинкт, который здесь участвует, это очевидно, охотничий инстинкт. В ходе азартной игры происходит преследование некой дичи, которая может быть представлена очень разными видами выигрыша.

Третий инстинкт – это инстинкт накопления. Игрок обычно не может остановиться. Он не может позволить себе остаться с проигрышем.

Четвертый инстинкт, возможно, самый специфический, это инстинкт азарта – инстинкт го-

товности преследовать цель, вероятность выигрыша которой непредсказуема, при которой возможны и большой выигрыш, и большой проигрыш. Те, кто не готовы рисковать, выберут другую стратегию, скорее стратегию собирателя. Вероятно, носители этой стратегии, в конце концов, стали создателями сельского хозяйства. Носители азарта были эффективны во время кризисов. Они были готовы пойти на новые места. Они были готовы вести борьбу в ненадежных условиях.

Еще одним важным инстинктом является инстинкт соревновательный. Однако, большое число людей предрасположенных к соревнованиям, к спорту ограничиваются получением удовлетворения от выигрыша пари, и у них не возникает первичного влечения к азартной победе. Особенно это заметно в обстановке, когда тотализатор и ставки запрещены, значительная часть зрителей ограничивается активностью болельщиков соревнований. Ставки же ставятся секретно, «среди своих», чтобы исключить привлечение к ответственности за запрещенное участие в азартной игре. Возможно, определенную роль играет предрасположенность к адреналиномании. Среди игроков часто оказываются лица, любящие опасность. Но не все адреналиноманы склонны к гемблингу. Определенную роль могут играть эстетические моменты, которые проявляются в выборе вида игры. Воспоминания об обстоятельствах удачного выигрыша способствуют тому, что снова оказавшись в обстановке казино, человек снова включится в игру.

Механизмы формирования игровой зависимости.

Согласно американской классификации психических расстройств DSM-IV, диагноз патологического гемблинга ставится при наличии 5 и более признаков из следующих 10 [18]:

1. Поглощенность гемблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.

2. Продолжение игры при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.

3. Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть реже или совсем прекратить.

4. Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры.

5. Обращение к игре связано с желанием уйти от проблем или снять проявления депрессии

(чувство вины, тревоги, ощущение беспомощности).

6. Возвращение к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).

7. Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.

8. Наличие криминальных действий – такие как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.

9. Аддикт (зависимый) ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.

10. В ситуации отсутствия денег из-за гемблинга перекладывает решение проблем на других людей.

Ц.П. Короленко и Т.А. Донских [7, 8] выделяют следующие характерные признаки азартных игроков:

1) постоянную вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;

2) изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание и воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями;

3) «потерю контроля», выражающуюся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;

4) состояние психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания;

5) характерное постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску;

6) периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре;

7) быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гемблинг возобновляется.

Роль генетического фактора была показана в ряде исследований, в том числе на анализе родословных и на близнецовых исследованиях [19, 25]. Найдены связи между патологическим гемблингом и полиморфизмом генов дофаминовых рецепторов, геном переносчика серотонина и геном моноаминоксидазы-А [21]. В число работ, на которые опирались упомянутые авторы, входят работы группы американских генетиков, изучавших полиморфизм 31 гена, вовлеченных в передачу дофамина, серотонина, норадреналина и ГАМК у 139 гемблеров по сравнению с контрольной группой. Наибольшие изменения были выявлены при генотипировании в генах DRD2, DRD4, DAT1, TPH, ADRA2C, NMDA1 и PS1, по сравнению с контролем [16, 17]. Оказалось, что изменения в генах, связанных с дофамином, с серотонином, и с норадреналином составляют приблизительно одинаковый риск для возникновения патологического гемблинга. E. Hollander с соавт. [20] сделали попытку определить значение разных нейромедиаторных систем мозга и их медиаторов в формировании патологического гемблинга. По мнению авторов, серотонин связан с поведенческой инициацией и растормаживанием, необходимым для начала гемблингового «запоя» и сложностью его прекращения. Норадреналин связан с возбуждением и чувством риска, присущими для гемблеров. Дофамин, вызывающий положительное или отрицательное подкрепление при воздействии на «систему награды», способствует закреплению зависимости. Существенную роль катехоламиновых структур в формировании гемблинга подтверждают и данные M. Zack и K. Poulos о резком усилении тяги к игре после приема психостимуляторов (амфетамина) у патологических гемблеров [26]. Снижение стриатумной и вентро - медиальной префронтальной активации, выявляемые у патологических гемблеров другие исследователи, которые особое значение придают снижению чувствительности «системы награды» [24]. Обращает внимание и на другую функцию, а именно принятие решений. Так A. Bechara, [15] отмечая потерю контроля и критики у неврологических пациентов с поражениями вентро-медиальных структур и префронтальной коры, высказывает гипотезу о наличии расстройств, связанных с принятием решений. Автор считает, что на основе таких поражений формируются не только тяжелые нейро-психиатрические заболевания, но и зависимость от психоактивных вещества, а также патологический гемблинг.

Изучение личностных особенностей игроков дало противоречивые данные.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина [6] описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющих так называемый игровой цикл. Поскольку понимание его важно для формирования психотерапевтических задач при работе с патологическими гемблерами остановимся на нем более подробно.

1. Фаза воздержания характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, давления микросоциального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.

2. Фаза «автоматических фантазий», когда учащаются спонтанные фантазии об игре. Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов.

3. Фаза нарастания эмоционального напряжения. В зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками.

4. Фаза принятия решения играть. Решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант – решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыгаться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

5. Фаза вытеснения принятого решения. Интенсивность осознаваемого большим желанием играть уменьшается, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.).

6. Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают

это состояние как «транс», «становишься как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отменяются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Механизмы, лежащие в основе игровой зависимости, являются не менее серьезными и глобальными, чем механизмы химических зависимостей. Они вовлекают в состояние контролируемой и неконтролируемой зависимости миллионы людей. Опыт борьбы с алкоголизмом показал, что простой запрет не решает проблемы. Также и последствия простого запрета азартных игр неоднозначны, особенно после того, как они были доступны почти 20 лет, и выросло поколение, у кого такая игра стала потребностью. Кроме того, если запрет мог быть эффективен в СССР, где не было рыночной экономики, то при ее наличии запреты ведут только к переводу бизнеса в иные, закамуфлированные или просто в подпольные формы.

Поэтому медицинские и психологические проблемы игромании остаются на далекое будущее. Необходима разработка мероприятий, которые позволяют минимизировать последствия существования игрового бизнеса.

Выводы:

1. Первичными факторами распространения азартных игр являются микросоциальные факторы, к которым относятся распространение игры и приемлемость ее с позиции морали в непосредственном окружении человека, традиции участия в игре, воспитание.

2. Масштаб распространения определенных азартных игр определяется макросоциальными факторами, включающими отношение общества в целом, государства, религии и идеологии, применяемыми по отношению к игрокам определенные санкции, а, с другой стороны, материальное обеспечение распространения: производство игр, обеспечение местами для игры.

3. Степень распространенности игр среди индивидуумов и формирование контингента постоянно играющих определяется психологическими факторами и особенностями личности играющих.

4. Развитие игровой зависимости определяется биологическими особенностями играющих.

Литература:

1. Вайкс А. Энциклопедия азартных игр. М.: ТОО Ефрат, 1994. – 240 с.

2. Владимирова С., Сухова О., Ермаков О. и др. Игрный бизнес уходит в тень. Сегодня первый день Россия живет без казино // Комсомольская правда, 01.07.2009 г.
3. Ворошилин С.И. Психогенетический и этологический подходы к классификации нехимических (поведенческих) зависимостей. // Психологические проблемы развития и существования человека в современном мире. Сб. научн. тр. УрГПУ. Вып. 2. - Екатеринбург. - 2009. - С. 59-76.
4. Ворошилин С.И. Проблемы нехимических (поведенческих) зависимостей. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы Региональной научно-практической конференции (Челябинск 19-20 ноября, 2009 г.). - Челябинск: Издательство АТОКСО, 2009. - С. 27-29.
5. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. М.: Речь. 2007. - 190 с.
6. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб: «Нева», 2003. - 128 с.
7. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 1991. - № 1. - С. 8-15.
8. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.
9. Липков А.И. Ящик Пандоры. Феномен компьютерных игр в мире и в России. М.: ЛКИ, 2008. - 190 с.
10. Липс Ю. Происхождение вещей. Из истории культуры человечества. М.: Изд. ИЛ, 1954. - 488 с.
11. Орбакас Э. Азартные игры. Серия: Хит сезона. Ростов на Дону: Изд. Феникс, 2003 г., 384 с.
12. Хейзинга Й. Homo Ludens; Статьи по истории культуры. / Пер., сост. и вступ. ст. Д. В. Сильвестрова. - М.: Прогресс-Традиция, 1997. - 416 с
13. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-X, 1999. - 232 с.
14. Щеглов Ф.Г. Игровая зависимость: рецепты удачи для азартных игроков. СПб.: Речь, 2007. - 448 с.
15. Bechara A. Neurobiology of decision-making: Risk and reward. // Semi. Clin. Neuropsychiatry. - 2001. - Vol. 6, № 3. - P. 205-216.
16. Comings D.E., Gade-Andavolu R. at al.. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. // Clin. Genet.. - 2001. - № 2. - P. 107-116.
17. Comings D.E., Rosenthal R.J. at al. The study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling // Pharmacogenetics. - 1996. - № 6. - P. 223-234.
18. Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4-th ed. (DSM IV). Washington D.C. American Psychiatric Association, 2007.
19. Eisen S.A., Slutske W.S. et al. The genetics of pathological gambling. Semin Clin Neuropsychiatry. - 2001. - № 6. - P. 195-204.
20. Hollander E., Buchalter A.J., DeCaria C.M. Pathological gambling // Psychiatr. Clin. North Am. - 2000. - Vol. 23. - № 3. - P. 629-642.
21. Ibáñez A., Blanco C., Perez de Castro I. at al. Genetics of Pathological Gambling // J. of Gambling Studies. Volume 19, Number 1 / March 2003.
22. National Gambling Impact Study Commission. Final Report. Retrieved August 1, 2003
23. National Research Council. Pathological gambling: A critical review. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
24. Reuter J., Raedler T. at al. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system // Nat. Neurosci. - 2005. - Vol. 8, № 2. - P. 147-148.
25. Slutske W.S., Eisen S. at al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. // Arch. Gen. Psychiatry. - 2000. - Vol. 57. - P. 666-673.
26. Zack M., Poulos K. Amphetamine primes motivation to gamble and gambling-related semantic networks in problem gamblers // Neuropsychopharmacology. - 2004. - Vol. 29. - P. 195-207.

GAME ADDICTION: SOCIAL, PSYCHOLOGICAL AND BIOLOGICAL BASES OF

S. Voroshilin

Pathological gambling occurs in a population of 1,4 to 5,1%. Primary factors of their distribution are microsocial factors (spread of the game and its acceptability from a position of morality in the immediate vicinity of human tradition of participation in the game, education). The prevalence of games among the individuals and the creation of a pool is determined by continuously playing psychological factors and personality characteristics play. The development of gambling addiction is defined by the biological characteristics of the players.

Keywords: game addiction, gambling

УДК 616.89-008.441.44

О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Т.В. Решетова

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Приводятся данные о наблюдении 68 больных клиники внутренних болезней, у которых при опросе и изучении анамнеза выявлены различные формы суицидального поведения, в том числе 8 случаев совершения суицидальной попытки в условиях стационара. При оценке психического статуса у обследуемых больных не определялось продуктивной или дефицитарной симптоматики; доминировали психогенно обусловленные тревожно-депрессивные

нарушения (n=48). Показано, что активно суицидальные идеи пациенты предъявлять не склонны. Авторы на основе своего клинического опыта делают выводы о том, что врачу-интернисту необходимо иметь настороженность в отношении суицидной готовности больных.

Ключевые слова: суицид, соматический стационар.

Больные, демонстрирующие суицидальное поведение в соматическом стационаре (в клинике внутренних болезней), серьезно отличаются от аналогичных пациентов в психиатрической больнице. Еще А.Г. Амбрумова [1, 2] указывала, что большинство больных, совершивших суицидную попытку, не является в полном смысле пациентами с психиатрическими болезнями, хотя, разумеется, суицид у больных шизофренией, депрессией – явление печальное, но возможное. В соматическом стационаре гораздо чаще встречаются другие болезненные состояния, повлекшие за собой суицидную попытку.

Цель исследования: анализ суицидального поведения у больных клиники внутренних болезней.

Материал и методы. Обследовано 68 больных с верифицированным соматическим диагнозом, демонстрировавших признаки суицидального поведения. Все пациенты прошли соматическое обследование в условиях современной клиники внутренних болезней.

Всем больным проводилось психологическое обследование, позволившее описать признаки психических и поведенческих расстройств в соответствии МКБ-10. Подробное изучение карты позволило выделить определенные факторы анамнеза, влияющие на прогноз суицидального поведения в будущем.

Результаты и обсуждение:

По результатам обследования следует отметить, что подавляющая часть больных (n=52) о своих суицидных мыслях и попытках активно ничего не рассказывала врачам-интернистам. Врачи направляли данных больных на консультацию к психотерапевту, руководствуясь наличием видимых психических и поведенческих расстройств, преимущественно депрессивного круга. Семь больных были направлены на специализированное лечение к психиатру (расстройства личности, шизофрения, тяжелый депрессивный эпизод в рамках рекуррентного расстройства или ситуационного характера, абстинентный синдром).

Восемь пациентов, из включенных в исследование совершили суицидные попытки в клинике внутренних болезней абсолютно неожиданно для персонала больницы, пациентами, от которых ни соседи по палате, ни персонал не ожидали подобных действий. Характер суицидных действий был разнообразным: выпрыгивали из окна или в пролет лестницы, совершали самопо-

вешание, принимали токсические дозы лекарств (чаще всего – доступных в быту снотворных средств). Один пациент совершил суицидальную попытку даже в условиях реанимации под непрерывным наблюдением медперсонала.

При оценке психического статуса больных присутствие грубой, продуктивной или дефицитарной симптоматики, заставляющей обращаться за специализированной психиатрической помощью, выявлено не было. Среди психических расстройств преобладали непсихотические нарушения тревожно-депрессивного круга (n=48), панические расстройства (n=16). Обращает внимание высокая встречаемость (n=36) истероидных проявлений у лиц, совершивших суицидную попытку или имеющих скрытые суицидные тенденции. Таким образом, большинство пациентов, проявляющих суицидальную готовность при активном расспросе, не имело грубых психопатологических нарушений, которые могли бы привлечь внимание врача-интерниста соматического стационара. У этих пациентов отмечались отличные от норм оценки по карте обследования суицидного больного. Речь идет, прежде всего, о фактах их биографии, указывающих на повышенную суицидальную готовность.

Что касается мотивации, то у 38 пациентов терапевтической клиники аутоагрессивное поведение можно было оценить как "суицид сегодняшнего дня". Когда все обстоятельства жизни сошлись в неблагоприятном сочетании, и уже после выведения больного из критического состояния первой реакцией был ужас от содеянного и убеждение окружающих, что попытка никогда не повторится, так как есть множество факторов, "удерживающих" больного на этом свете.

Среди выявленных нами причин суицида необходимо отметить фоновые (беженцы и переселенцы, последствия пребывания в горячих точках и катастрофах, особенно с гибелью близких, безденежье и страх будущего, хронические болезни, чаще с фатальным концом: онкологические, гематологические) на базе острых внезапных шоковых психотравм (утрата, диагноз с высокой степенью витальной угрозы). По нашим наблюдениям, на этом этапе у данной группы больных в качестве первой неспецифической помощи достаточно эффективной была листовка профилактики суицидов из Великобритании ("Стойте, остановитесь. Есть хотя бы один человек, которому ты нужен. Значит, твоя задача сейчас – только быстро его найти").

Гораздо больше в соматической клинике распространен "скрытый суицид" (n=50), на фоне которого, разумеется, возможна и явная попытка (n=6). Речь идет о саморазрушительном поведении любого сорта (алкоголизм или курение 3-4 пачки в день, беспорядочный секс, бомжевание, работа на 5-7 местах одновременно, любая очевидно изнуряющая деятельность, сознательный отказ от лечения или социальной помощи). Личностные черты этой группы больных характеризовались негибкостью, неумением проигрывать. Среди этих больных лишь двое были направлены к психиатру с тяжелой депрессией. Тем не менее, именно среди этой категории была основная масса пациентов со скрытой депрессией (n=18). Эта группа отличается хорошим самоотчетом. Характерна их жалоба – почти формула: "Суицидные мысли есть, но нет морального права их реализовать". У многих скрытых суицидентов был любопытный признак: склонность к голоданиям и сексуальному воздержанию, как ослабление ведущих инстинктов.

Понятно, что перечисленные группы больных со скрытым или явным суицидальным поведением нуждаются в разном психотерапевтическом сопровождении, а в реальной жизни соматической клиники подчас не получают ни какого. Большую пользу может принести обучение врачей-интернистов навыкам экспресс-диагностики и помощи больным (телефоны доверия, знание соответствующих ургентных служб города).

Выводы:

1. Больные клиники внутренних болезней не склонны активно предъявлять своему лечащему врачу жалобы суицидального характера.

2. При выявлении у больных суицидальных тенденций необходимо консультировать у специалиста и индивидуально определять тактику дальнейшего ведения.

3. Врачу-интернисту необходимо иметь настороженность по поводу скрытых суицидных тенденций больных.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного исследования // Комплексные исследования в суицидологии. Сб. науч. тр. – М., 1986.
2. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 65-75.

ABOUT SUICIDE SOMATIC PATIENTS CLINIC

T.V. Reshetova

Medical Academy of Postgraduate Education,
St. Petersburg, Russia

The authors presented data on the observation of 68 patients Clinic of Internal Medicine, which in the survey and study of the history revealed different forms of suicidal behavior, including 8 cases of committing suicide attempt in the hospital. In assessing the mental status of the examined patients did not determine the productivity or deficit symptoms, dominated psychogenic caused anxiety and depressive disorders (n = 48). It is shown that active suicidal ideation, patients are not inclined to impose. The authors based on their clinical experience make inferences about what a medical internist should be alert to suicidal willingness of patients.

Keywords: suicide, somatic hospital.

УДК 616.89-008.441.44

АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У СУИЦИДЕНТОВ

Г.Г. Кошелева, О.Ю. Ширяев, А.Ф. Неретина

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Проанализированы 132 случая отравлений, совершенных детьми и подростками с суицидальной целью (84 девочки и 48 мальчиков). Показано, что в структуре соматической патологии у суицидентов преобладают: вегето-сосудистая дистония (51,9%), резидуально-органическое поражение ЦНС (22%); гипоталамический синдром (11,1%), дискинезия желчевыводящих путей (29,6%), гастродуоденит (22%), рефлюкс-эзофагит (7,4%), хронический бронхит (14,8%). Показано, что соматическая патология, выявленная у суицидентов, чаще носит сочетанный характер.

Ключевые слова: суицид, соматическая патология.

По материалам ВОЗ суицид как причина смерти вышел на одно из первых мест в мире [12]. В нашей стране за последние несколько лет отмечается неуклонный рост числа самоубийств

и суицидальных попыток [3, 5]. По критериям ВОЗ частота самоубийств свыше 20,0 на 100000 населения в год считается критической. В Российской Федерации этот показатель значительно

превышен [5, 7]. Высокий уровень самоубийств у подростков является национальной проблемой.

Некоторые авторы [1, 4] указывают на тенденцию к «омоложению» суицида и увеличению коэффициента вариабельности самоубийств в разных регионах страны. Рядом исследователей изучались факторы риска суицидального поведения. У взрослых ведущими среди них выделяют психосоциальные стрессы, безработицу, распад семьи, депрессию, одиночество, алкоголизм, определенный социальный статус, низкий образовательный уровень. У детей особенно подчеркивается двойственная функция семьи, фактор неполной семьи, характер воспитания, факт суицида у близких, расстройство личности, наличие неблагоприятного социального окружения. Еще это может быть и отягощенная наследственность, различные отклонения в раннем развитии ребенка, начиная с родов, которые не имеют половых различий [2, 8-11].

Часто самоубийство – это крик о помощи, обусловленный желанием привлечь внимание к своей беде, или вызвать сочувствие у окружающих, или же попытка воздействия на других людей с определенной целью. Решение суицидента покончить жизнь самоубийством является, как правило, сугубо индивидуальным, однако, оно складывается под воздействием целого ряда социально-экономических, психологических и медико-демографических факторов, в том числе состояния его психического здоровья, общего нравственного и гигиенического воспитания. Ситуации, толкающие человека на самоубийство, имеют чрезвычайно широкий диапазон – от обыденных и банальных до глубоко трагичных.

Мотив или повод – это то, последнее, обычно внешнее воздействие, которое толкнуло самоубийцу на совершение данного акта. Причина самоубийства, как правило, лежит глубже, вот почему мотивы иногда поражают своей малозначительностью.

Рост уровня самоубийств лишней раз свидетельствуют о глубочайшем и всестороннем кризисе современной России, заставляя задуматься о причинах происходящего.

Цель исследования: изучение особенностей структуры соматической патологии у суицидентов, а также влияние соматического статуса на формирование суицидального поведения у исследуемых детей и подростков.

Материал и методы исследования.

Проанализировано 132 отравления, совершенных детьми и подростками с суицидальной целью. Все обследуемые были госпитализированы в реанимационное отделение Городской детской клинической больницы №1 г. Воронежа.

Среди них 84 девочки и 48 мальчиков. Все жители города или пригорода. Отделение реанимации этой больницы специализировано на приеме детей с отравлениями различной этиологии, в том числе и отравлениями с целью суицида. После оказания реанимационных мероприятий и стабилизации состояния дети переводятся в психотерапевтическое отделение, где с ними уже работают психологи и психотерапевты.

Выявлялись дети с суицидальным поведением, поступившие в остром периоде (n=13) и по архивным историям болезней (n=119). Часть детей (n=60) не были обследованы в связи с тем, что после оказания реанимационных мероприятий и стабилизации состояния ребенка родители забирали их домой, категорически отказываясь от дальнейшего обследования и лечения.

Группа суицидентов, состоявшая из 72 человек, была обследована на предмет сопутствующей соматической патологии (сбор анамнеза, объективное обследование, осмотр узкими специалистами (гастроэнтерологом, эндокринологом, пульмонологом, аллергологом - иммунологом, гематологом, кардиологом, дерматологом), данные дополнительных исследований: электрокардиография, электроэнцефалография, доплеровография, реоэнцефалография, фиброгастроуденоскопия, УЗИ гепатодуоденальной зоны, щитовидной железы).

Результаты и их обсуждение.

Нами выявлено преобладание количества девочек с попыткой суицида над мальчиками (64% и 36% соответственно), при этом пик возрастной активности приходится на 13-14 лет – 67% (13 лет – n=33, 14 лет – n=55; соответственно 25% и 42%).

Проведя сравнительный анализ, оказалось, что из числа обследованных детей и подростков соматическая патология выявляется у 37,5% (n=27 – 18 девочек и 9 мальчиков), у 16 человек (60%) имелась сочетанная соматическая патология.

В структуре соматической патологии (табл. 1) преимущественно выявляется: ВСД (51,9%), резидуально-органическое поражение ЦНС (22%). Гипоталамический синдром (11,1%), а также патология со стороны ЖКТ: ДЖВП (29,6%), гастродуоденит (22%), рефлюкс-эзофагит (7,4%); дыхательной системы – хронический бронхит (14,8%). У одной из девочек был поставлен диагноз – острая лекарственная язва привратника, что можно расценить как следствие токсического действия препаратов (приняла около 60 таблеток: сульфадиметоксин, папаверин, спазган).

Таблица 1
Структура соматической патологии детей
и подростков
с суицидальным поведением

Диагноз	Девочки	Мальчики	Всего	
			абс.	%
Синдром вегетативной дистонии	10	4	14	51,9
Дискинезия желчевыводящих путей	3	5	8	29,6
Гастродуоденит	5	1	6	22
Резидуально-органические поражения ЦНС	5	1	6	22
Хронический бронхит	2	2	4	14,8
Гипоталамический синдром	2	1	3	11,1
Врожденный порок сердца	--	2	2	7,4
Диффузный нетоксический зоб	2	--	2	7,4
Респираторный аллергоз	2	--	2	7,4
Рефлюкс-эзофагит	2	--	2	7,4
Атопический дерматит	1	--	1	3,7
Железодефицитная анемия	1	--	1	3,7
Ихтиоз	--	1	1	3,7
Острая лекарственная язва привратника	1	--	1	3,7
Эрозивный дуоденит	1	--	1	3,7

Выводы.

1. Часть детей и подростков, поступивших с попыткой суицида в стационар, имели соматически отягощенный фон, что, по нашему мнению, является одним из факторов «почвы», способствующей формированию суицидального поведения, в связи с чем, представляется обоснованным участие в реабилитационных программах суицидального поведения врачей-интернистов.

2. Соматическая патология, выявленная у суицидентов, чаще носит сочетанный характер.

Литература:

1. Анискин Д.Б. Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 13-16.
2. Висневская Л.Я. Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 143-148.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1997 году // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 4. – С. 3-21.
4. Лопатин А.А., Кокорина Н.П. Распространенность суицидов в Кузбассе // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 3. – С. 13-15.
5. Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Угушев Е.В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997 – Том 7, Вып. 3. – С. 115-117.
6. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
7. Медведев В.П., Куликов А.М. Российский семейный врач. – 1997. – №1 – С.33-38.
8. Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И. Вегетозы: болезни стресса: Учеб. пособие. СПб.; Изд. дом «Сентябрь», 2002. – С. 117-129.
9. Сумин С.А. Неотложные состояния. - М., «Литера», 1997. – С. 410-413.
10. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение Аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1.– С. 151-163.
11. Шипицина Л.М., Иванов Е.С., Стеценко Н.В. // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 5. – С. 40-44.
12. Davidson F., Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, etude epidemiologique. – Paris: INSERM / Doin Eds., 1986. – 146 p.

ANALYSIS OF SOMATIC PATHOLOGY SUICIDE

G.G. Kosheleva, O. Shiryayev, A.F. Neretina

Analyzed 132 cases of poisoning, committed by children and adolescents with suicidal purpose (84 girls and 48 boys). It is shown that the structure of the somatic pathology suicide predominate: vegetative-vascular dystonia (51,9%), residual-organic CNS lesions (22%), hypothalamic syndrome (11,1%), biliary dyskinesia (29,6%), gastro (22%), reflux esophagitis (7,4%), chronic bronchitis (14,8%). It is shown that the somatic pathology, found in suicide, often is, the combination of character.

Keywords: suicide, somatic pathology.

УДК 616.89-008.441.44-053.2-084

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-СИРОТ

Т.И. Кувшинова, И.П. Овчинникова

Кемеровский государственный университет

Дети из неблагополучных семей, имеющие проблемы в развитии, относятся к категории повышенного суицидального риска. Этой категории воспитанников приютов и социально-реабилитационных центров при проведении пси-

хологического обследования авторы рекомендуют оценивать их отношение к суицидальной готовности. В случае положительного ответа необходимо на таких детей и подростков обращать особое внимание, оказывать необходимую помощь, а так же давать воспитателям подробные рекомендации по ведению в группе таких детей.

Ключевые слова: суицидальное поведение, дети, подростки.

В последние годы в России активно осуществляется деятельность по созданию новых типов учреждений социальной помощи и поддержки, в том числе приютов и социально - реабилитационных центров, что связано с увеличением количества детей, оставшихся без попечения родителей. Как правило, это дети из неблагополучных семей, имеющие проблемы в развитии и нуждающиеся в защите своих прав, психолого-педагогической поддержке и помощи. Научные исследования особенностей развития таких детей в отечественной научной литературе немногочисленны и касаются преимущественно проблем дезадаптации и отставания в развитии по причине педагогической или социальной запущенности. Различные аспекты социализации детей и подростков представлены в работах С.А. Беличевой, И.А. Липского, А.В. Мудрика и др.

Муниципальное учреждение «Социальный приют для детей» (МУ «СПД») является специализированным детским учреждением, осуществляющим на территории города Кемерово разнообразную профилактическую и реабилитационную работу с детьми с девиантным поведением и социальной дезадаптацией разного уровня. За период работы учреждения в качестве транзитного Центра выявлен широкий диапазон психологических проблем у поступающих детей и подростков, в первую очередь, это дети с повышенным риском суицидного поведения.

Суицидальное поведение объединяет в себе все формы проявления суицидальной активности – мысли, намерения, угрозы, высказывания, попытки. Этот термин особо применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются особым многообразием. По характеру суицидальное поведение условно можно разделить на три группы: демонстративное, аффективное, истинно-суицидальное поведение. Суицидной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни.

При проведении первичного психологического обследования выявляются такие характерологические особенности личности воспитанника, как темперамент (опросник Айзенка) и акцентуации характера (методика Шмишека). В ходе обследования психолог, в первую очередь, обращает внимание на характер ответов на вопросы, связанные с отношением к суицидальной ситуации («Бывают ли такие моменты, когда тебе

не хочется жить?» и т.п.). В случае положительного ответа на подобные вопросы на таких детей и подростков обращается особое внимание, и затем, в ходе проведения психолого-медико-педагогического консилиума, воспитателям даются подробные рекомендации по ведению в группе таких детей. Причем, нередко, в ходе беседы психолога с такими детьми выясняется, что у них были суицидальные попытки. Психологи проводят с ними работу по формированию жизненных планов, децентрации личности, созданию социального интереса и др. Следует отметить снижение возраста детей с повышенным риском суицидального поведения до 9-10 лет, что создает существенные трудности вследствие низкого уровня рефлексии у детей данного возраста.

Демонстративное и аффективное суицидальное поведение мы неоднократно наблюдали у воспитанников со сниженным уровнем интеллектуального развития. Поскольку такие дети склонны к подражанию, видеофильмы со сценами насилия, аутоагрессии были исключены из просмотра.

Повышенный риск суицидального поведения наблюдается у большинства подростков с нестандартной половой ориентацией, особенно у девочек. В социальный приют поступили две сестры: Лена К., 16 лет, и Настя К., 14 лет, с нестандартной половой ориентацией. В приюте воспитанниц еженедельно навещали их подруги с неопределенной половой ориентацией. После подобных свиданий, как правило, возрастал риск суицидального поведения, часто наблюдались суицидальные попытки воспитанниц. Позитивные результаты в данном случае дала работа по формированию социальных ролей, связанных с поло-ролевой идентификацией, например, по формированию роли матери, женщины-хозяйки. В результате старшая из сестер освоила специальность швеи, вышла замуж, в настоящее время воспитывает ребенка.

Знание специфики суицидального поведения, на наш взгляд, должно входить в состав компетенций, необходимых для осуществления педагогической деятельности в социально - реабилитационных учреждениях, поскольку в последнее время наблюдается увеличение количества суицидов среди детей и подростков.

Особенности поведения детей и подростков, указывающие на готовность к суициду:

- тревожно-ажитированное поведение, внешне даже похожее на подъем, однако, с проявлениями суеты, спешки;
- затяжные нарушения сна: ребенка преследуют страшные сны с картинами катаклизмов, катастроф, аварий или зловещих животных;
- напряжение аффекта, периодически разряжаемого внешне не мотивированной агрессией;
- депрессия, апатия, безмолвие: подросток тяжел на подъем, уходит от обязанностей, бессмысленно проводит время, в поведении видно оцепенение, сонливость;
- выраженное чувство несостоятельности, вины, стыда за себя, отчетливая неуверенность в себе. Этот синдром может маскироваться нарочитой бравадой, вызывающим поведением, дерзостью;
- тяжело протекающий пубертат с выраженными соматическими эндокринными и нервно - психическими нарушениями;

- употребление алкоголя, токсикомания, наркомания.

При заблаговременной диагностике внутренней активности суицидальный акт может быть предотвращен и не выйдет в план внешнего поведения.

MODERN TENDENCIES SUICIDE OF CHILD AND ADOLESCENT ORPHANS

T.I. Kuvshinova, I.P. Ovchinnikov

Children from disadvantaged families who have problems in development, are classified as high suicide risk. This category of students of shelters and social rehabilitation centers during the psychological examination of authors recommend to evaluate their attitudes toward suicide alert. If the answer to these children and adolescents pay special attention to provide the necessary assistance, as well as give teachers detailed guidance on conducting a group of children.

Keywords: suicidal behavior, children, teenagers.

УДК 616.89-008.441.44 : 616.895.4

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА О СУИЦИДЕ И БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Г.Н. Носачев, Е.А. Дубицкая

Самарский государственный медицинский университет
Самарский психоневрологический диспансер

Контактная информация: Носачев Геннадий Николаевич – тел.: 8 (846) 951-80-08

Авторами на основе специально разработанного опросника были изучены особенности стигматизации больных депрессией, в частности, их отношение к суициду, респондентами групп «Общество», «Родственники» и «Больные». Респонденты группы «Общество» считали, что большой депрессией «физически здоровый лентяй, на котором можно пахать», а пациенты – «нытики и пессимисты» (95%). В группе «Родственники» больше половины респондентов считали депрессию мифом, «как и любое психическое заболевание», но в 100% случаев не считали больных депрессией сумасшедшими. Никто из респондентов группы «Больные» не считал депрессию мифом или образом жизни и не допускали, что её можно симулировать, также, как не допускали мысли, что больного депрессией можно назвать сумасшедшим. При этом считали, что больные депрессией совершают суициды 96% респондентов первой группы, 45% – во второй и 38% в третьей.

Ключевые слова: суицид, депрессия, опросник

Одним из приоритетных направлений современной психиатрии и здравоохранения в целом является дальнейшая разработка медико - социальной реабилитации, психопрофилактика и психогигиена психических и поведенческих расстройств. Подтверждением этого служат разработанные ВОЗ «Концепция тяжести болезни» (2000) и Европейский план действий по охране психического здоровья (2005), которые должны способствовать росту осознания того влияния, какое психические расстройства оказывают на качество жизни пациентов. Необъемлемой ча-

стью вышеуказанных подходов, требующих тщательного исследования, являются проблемы стигматизации и дискриминации лиц с разными душевными заболеваниями.

Цель работы: изучение особенностей стигматизации больных депрессией, в частности, их отношение к суициду, респондентами групп «Общество», «Родственники» и «Больные».

В данной части работы использовалась преимущественно методика интервью на основе опросника «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанного В.С. Ястребовым и соавт. (2001). Исходя из поставленных

задач, опросник был адаптирован и дополнен необходимыми утверждениями, касающимися депрессивных состояний и суицидальными мыслями и намерениями. Отбор пациентов проводился с учётом только возраста (возрастной диапазон от 20 до 55 лет) и желания уделить время на заполнение опросника.

Опросник состоит из 180 утверждений с ответами «верно / неверно».

В дальнейшем, согласно цели и задачам исследования, утверждения были разбиты на категории:

1. Представление о происхождении, течении и прогнозе заболевания.
2. Отношение респондентов к больным депрессией.
3. Представление респондентов о суицидальных переживаниях и действиях больных с депрессиями.

В исследование были включены 3 группы респондентов (всего 180 человек): группа «Общество», группа «Родственники» больных депрессиями и группа «Больные» (по 60 человек).

Респонденты группы «Общество» в большинстве случаев рассматривали депрессию как болезнь, ничем не отличающуюся от других болезней (76,87%), и полагали, что от риска заболеть депрессией не застрахован никто (70%), причём более 1/3 респондентов (38,33%) считали, что вероятность заболеть депрессией – во многом вопрос случайности и ей нельзя заболеть внезапно (78,33%), а половина респондентов не верила, что они могут заболеть депрессией (48,33%). Между тем 38,33% опрошиваемых допускали, что больной депрессией «физически здоровый лентяй, на котором можно пахать», а пациенты – «нытики и пессимисты» (95%), «в основном эгоисты, думающие только о себе» (86,67%).

Респонденты группы «Родственники» так же, как и респонденты группы «Общество», в большинстве случаев не рассматривали депрессию как «какую-то особую болезнь» (78,33%), полагали, что «депрессия ничем не отличается от других болезней» (51,67%) и считали, что от «риска заболеть депрессией не застрахован никто» (91,67%). Вместе с тем, респонденты в два раза чаще, чем в группе «Общество», полагали, что вероятность «заболеть депрессией во многом вопрос случайности». Большинство респондентов было уверено, что внезапно заболеть депрессией нельзя (85%), но одновременно допускало, что депрессию легко симулировать (95%). Вместе с тем больше половины респондентов считали депрессию мифом, «как и любое психическое заболевание», но в 100% случаев не считали больных депрессией сумасшедшими.

Проведённое исследование в группе «Больные» показало, что респонденты данной группы,

в отличие от респондентов групп «Общество» и «Родственники», что считали депрессию «особой болезнью» (с утверждением «Депрессия ничем не отличается от других болезней» согласились 58,33% респондентов в группе «Больные», 48,33% в группе «Родственники», 23,33% в группе «Общество», $p < 0,05$); полагали, что от нее никто не застрахован (68,33%) и допускали, что «заболеть депрессией во многом вопрос случайности». Большинство респондентов (70%) группы «Больные» не допускали возможность заболеть внезапно, а 93,33% полагали, что могут заболеть депрессией. Никто из респондентов группы «Больные» не считал депрессию мифом или образом жизни и не допускали, что её можно симулировать, также как не допускали мысли, что больного депрессией можно назвать сумасшедшим.

При этом 96% респондентов первой группы считало, что больные депрессией совершают суициды, во второй – 45%, третьей – 38%. Возможно именно в связи с этим респонденты группы «Общество» требовали принудительного лечения в том же количестве (96%), ниже – родственники (30%), особенно – больные депрессией (10%). Суицидально опасным является позднее обращение к врачу-психиатру за счет непризнания депрессии болезнью. До трети респондентов всех групп разделяли архаические взгляды общества на лечение у знахарей, экстрасенсов, священников, что приводило к суицидальным высказываниям и даже попыткам.

Таким образом, дальнейшее изучение суицидального поведения в обществе и среди пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, поможет разработать пути социальной поддержки, социального давления, уточнить социальные, психологические, клинические, терапевтические и превентивные методики диагностики, терапии и реабилитации после суицидальных намерений и поведения. Борьба с дискриминацией и стигматизацией определенных групп общества, психиатрии как науки, соблюдение прав пациентов укрепит психическое здоровье в обществе.

PRESENTATION OF THE COMPANY ABOUT SUICIDE AND PATIENTS WITH DEPRESSION

G.N. Nosachev, E.A. Dubitskaya

The authors, based on a specially designed questionnaire were studied particularly stigmatizing patients with depression, in particular, their attitude to suicide, respondent groups "Company", "relatives" and "sick". Respondents of the "Company" believed that the patient is depressed, "physically healthy bummer, where you can plow," and the patients – "whiners and pessimists" (95%). In the group of "relatives" more than half of respondents believed the depression myth, "like any mental illness", but 100% of the depressed patients was not

considered crazy. None of the respondents of "Sick" is not considered a myth depression or a way of life and did not allow that it can simulate as well as not allow the thought that the depressed patient may be called crazy. At the same time

believed that depressed patients commit suicide 96% of respondents of the first group, 45% – in the second and 38% in the third.

Keywords: suicide, depression, the questionnaire

УДК 616.89-008.441.44-036.2 (571.121)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Ивлева

Психоневрологический диспансер, г. Ноябрьск

Контактная информация: Ивлева Лариса Васильевна – тел.: 8 (3496) 34-60-01; e-mail: pnd@pndnbr.yamalmed.ru

Изучены 108 случаев незавершенных суицидальных попыток, совершенных в г. Ноябрьске Тюменской области. Показатель числа суицидальных попыток на 100000 населения составил в 2007 г. – 45,3; в 2008 г. – 52,5. Среди подростков этот показатель значительно выше – 61,9. Истинные суицидальные попытки наблюдались в 39% случаев, демонстративные – в 61%. Авторы делают выводы о необходимости организации городской суицидологической службы.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, подростки, Тюменская область

За последние десятилетия проблема риска самоубийства приобрела особую актуальность в связи с количественным ростом депрессивных расстройств и существенным увеличением их удельного веса в структуре психической заболеваемости [1, 2]. По данным статистики в России показатель смертности от самоубийств многие годы превышает 30 случаев на 100000 населения. Научные исследования, проводимые в различных регионах, свидетельствуют о том, что число незавершенных суицидальных попыток в 10-15, а в подростковом возрасте в 50-100 больше, чем суицидальных действий с фатальным исходом [2-4, 6, 7, 9 и др.]. Показатель суицидальных попыток по России достигает 221 на 100000 населения [5].

Нами рассмотрено 108 случаев незавершенных суицидальных попыток, совершенных в г. Ноябрьске в 2007-2008 гг. Из них в 2007 г. – 50 человек (45,3 на 100 тыс. населения), в 2008 г. – 58 человек (52,5 на 100 тыс. населения). Из общего числа 50 попыток были совершены мужчинами, 58 – женщинами. Таким образом, число незавершенных суицидальных попыток на 100 тыс. населения в нашем регионе ниже среднероссийских показателей, что может быть связано с особенностями формирования населения северных городов. При этом гендерные соотношения приблизительно равны.

При анализе возрастных категорий наибольшее число получено в группе от 19 до 30 лет включительно (45,6%). Особое внимание заслуживает категория «подростки» (от 15 до 18 лет включительно), в которой зафиксировано 5

случаев суицидальных попыток (4,63%) – это 61,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Средний показатель по России составляет 23,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, а средний показатель в мире 7,4 [5, 7, 8]. Таким образом, число суицидальных попыток среди подростков в Ноябрьске в 2,6 раз превышает среднероссийский показатель и в 8,4 раза общемировой.

Истинные суицидальные попытки наблюдались в 39% случаев, демонстративные суицидальные попытки – в 61% (соотношение 1:1,57). Эти данные не отражают реального соотношения истинных и псевдосуицидальных попыток, т.к. большинство их выпадают из поля зрения как врачей-психиатров, так и врачей общей медицинской сети. Только один из четырех, совершивших попытку суицида, остался жив, и соприкасается с профессиональной системой здравоохранения.

При анализе способов покушения на самоубийство установлено следующее. Ведущим способом являлось отравление медикаментами – 54,6%. Следующий по частоте – самопорезы (22,2%). В 9,3% случаях зафиксировано повешение; в 4,6% – имели место сочетанные способы самоубийства; в 2,8% – отравление немедикаментозными средствами; прочее (выпрыгивание из окна, утопление) – в 6,5% случаев.

Из общего числа ранее наблюдались у психиатра 22,2% суицидентов, у нарколога – 8,3%. Ещё 9 человек (8,3%) имели сочетанную патологию и наблюдались как у психиатра, так и у нарколога. Этот показатель не столь высок. Од-

нако в состоянии алкогольного опьянения было совершено 50 суицидальных попыток (46,3%).

Подавляющее большинство исследуемых (69,4%; n=75) ранее не обращались за психиатрической помощью. После совершенной суицидальной попытки под наблюдение, так и не был взят каждый второй суицидент (49,1%; n=53).

Такой хронобиологический признак суицидального поведения, как сезонные «пики», в г. Ноябрьске существенно отличался от среднестатистических данных. Так, в среднем по России, увеличение числа суицидов приходится на весну и начало лета (апрель-июнь) [4, 6, 10]. По нашим данным, напротив, именно в этот период было зарегистрировано наименьшее количество суицидальных попыток, а подъем приходился на зимние и осенние месяцы: в летний период совершено 22 попытки, осенью – 28, зимой – 30, весной – 28. Подобная инверсия годового цикла суицидальной активности, вероятно, обусловлена несколькими факторами, среди которых могут иметь определяющее значение так называемые «сезонные» депрессии, суровые климатические условия, а так же особенности социальной организации промышленных городов Севера Тюменской области.

В целом, приведенные выше данные свидетельствуют о важности и необходимости комплексного изучения суицидального поведения жителей северных регионов страны, а так же организации специализированной суицидологической службы.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 10. – С. 1557-1560.
2. Амбрумова А.Г., Гилод В.М., Серпуховитина Т.В. и др. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 г. // Социальная

и клиническая психиатрия. – 1998. – Том 8, № 2. – С. 76-81.

3. Корнетов Н.А., Вагин Ю.Р. Схемы и модели суицидального поведения // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Мат. XI научной отчетной сессии НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2003. – Вып. 11. – С. 132-135.
4. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клин. психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97-105.
5. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 128-129.
6. Bille-Brahe U. et al. A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide // Crisis. – 1996. – Vol. 17, № 1. – P. 22-31.
7. Jianlin J. Suicidal rates and mental health services in modern China // Crisis. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 118-121.
8. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. Edition: Second Edition Binding: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.
9. Kaplan B., Sadock V. Handbook of clinical psychiatry. 4 ed. Williams, Wilkins, 1998. – 505 p.
10. Mann J.J. Psychologie predictors of suicide // J. Clin. Psychiatry. – 1987. – Vol. 48, Suppl. – P. 39-43.

EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE ATTEMPTS IN THE FAR NORTH TYUMEN REGION

L.V. Ivleva

Studied 108 cases pending suicide attempts committed in Noyabrsk Tyumen region. Indicator of the number of suicide attempts per 100000 population in 2007 was – 45,3; in 2008 – 52,5. Among adolescents, this figure is much higher – 61,9. True suicide attempts were observed in 39% of the demonstrative – at 61%. The authors conclude that the need for the city suicidal service.

Keywords: suicide, suicide attempt, adolescents, the Tyumen Region.

УДК 616.89-008.441.44 : 355.48

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ (УЧАСТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН)

И.В. Шадрина, К.Н. Дедова

Челябинская государственная медицинская академия

Обследованы 32 мужчины, с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством, ранее участвовавших в боевых действиях. У всех больных присутствовали различные формы суицидальной активности. На основании анализа результатов исследования, авторы делают вывод о том, что посттравматическое стрессовое рас-

стройство значительно повышает суицидальный. Поэтому должна проводиться своевременная, тщательная диагностика и всесторонняя коррекция данного расстройства.

Ключевые слова: суицидальное поведение, комбатанты.

Желание человека расстаться с жизнью находится в центре внимания исследователей не одно десятилетие, объяснением чему, видимо, могут служить растущие темпы урбанизации, усложнение социально - экономической ситуации, растущая напряжённость общественных отношений, требующих от человека ежедневной мобилизации эмоционально-волевых ресурсов. Проблеме суицида посвящены труды наиболее известных как отечественных, так и зарубежных философов, социологов, психологов и психиатров.

Суицидальное поведение включает в себя внутренние проявления – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние – суицидальная попытка и завершённый суицид. Неоспорим тот факт, что наиболее высокая эффективность профилактических мероприятий будет достигнута с их началом уже на этапе антивитальных переживаний. Факторы, приводящие к суициду, подразделяются на внешние, или ситуационные, и внутренние, или личностные. Выделяют 3 категории суицидентов: 1) лица с хроническими психическими заболеваниями; 2) лица с пограничной нервно-психической патологией; 3) практически психически здоровые лица.

Посттравматический стрессовое расстройство (ПТСР) – заболевание, недавно введенное в международную номенклатуру психических расстройств. Основные дифференциально - диагностические критерии данного расстройства включают 3 группы симптомов:

- 1) симптомы интрузии;
- 2) симптомы избегания;
- 3) симптомы гипервозбудимости.

Лечебно-исследовательская работа, проводимая в «Центре психосоматической реабилитации участников локальных военных конфликтов и участников военных действий в Афганистане» при Областном клиническом терапевтическом госпитале ветеранов войн г. Челябинска, включает комплексное клиничко - психопатологическое, экспериментально-психологическое и функционально - диагностическое обследование пациентов с различной формой и степенью тяжести ПТСР.

Все пациенты с диагностированным ПТСР (n=32) являлись лицами мужского пола и участвовали в Чеченском военном конфликте в разное время (в 1994-1996 гг. и 1999-2000 гг.).

Согласно данным анамнеза установлено, что каждый третий из обследованных пациентов (31%, n=12) отмечал у себя хотя бы однократно латентные антивитальные переживания, актуализировавшиеся в период соматической болезни, семейного конфликта, трудовой неустроенности. По длительности эти размышления варьировали от кратковременных до продолжительных (недели, месяцы). Свои настроения пациенты описали следующим образом: «я не мог представить себе своего будущего...», «как будто меня от него отделила пропасть...», «казалось, что всё хорошее, чего я мог ожидать от жизни, уже позади, а впереди одна пустота...». Активную попытку суицида предприняли 3 пациента, при этом предпочтительной формой для одного из них стало падение с крыши 6-этажного дома, два других пытались повеситься. Истинность намерений подтверждалась объективными фактами: массивностью и политравматичностью полученных после падения повреждений, следом от странгуляционной борозды, наличием обдуманного плана «расставания с жизнью». В легких случаях, когда суицидальное поведение ограничивалось лишь антивитальными переживаниями и пассивными суицидальными намерениями. Факторами, лимитирующими его дальнейшую динамику, выступали нормализация семейного микроклимата, активная поддержка семьи, друзей, стабилизация трудовых отношений. Однако декомпенсация легко возникала на другие незначительные поводы.

Анализ этих случаев позволил выделить некоторые закономерности.

Во-первых, ПТСР как заболевание включает многие факторы, влияющие на возникновение и динамику суицидального поведения. И первым из таких факторов является характеристика приводящего к возникновению ПТСР психотравмирующего обстоятельства, которое носит экстраординарный характер и может вызывать нарушение адаптации у практически любого человека. Психопатологическая структура ПТСР включает обсессивно - компульсивную, тревожно - фобическую, аффективную симптоматику, в последней могут преобладать как эмоции депрессивного, так и дисфорического спектра. Подобные расстройства вызывают нарушение переносимости психоэмоциональных нагрузок, снижение толерантности к неблагоприятным воздействиям среды, уязвимость в условиях семейного или трудового конфликта.

Во-вторых, при отсутствии адекватной и своевременной коррекции хроническое течение заболевания приводит к возникновению коморбидных психических расстройств (соматоформного расстройства, хронического болевого расстройства, депрессивных эпизодов и реактивных депрессий, алкогольной и наркотической зависимости). В литературе отмечается, что самостоятельный суцидогенный риск алкогольной и других форм зависимостей очень высок, что подтверждается и нашими наблюдениями (3 пациента с истинным незавершённым суцидом страдали хроническим алкоголизмом II-III ст).

В-третьих, социальная неустроенность, включающая проблемы с трудоустройством, жилищно-бытовые проблемы, семейные неурядицы, скрытые нарушения и проволочки в реализации положенных льгот и получении соответствующих пособий и пенсий – являются теми многочисленными поводами, с которыми сталкиваются после возвращения с театра боевых действий

ветераны и, которые служат поводом для возникновения суцидального поведения.

Таким образом, ПТСР значительно повышает риск суцидального поведения, поэтому должна проводиться своевременная, тщательная диагностика и всесторонняя коррекция данного расстройства.

RISK FACTORS SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (MEMBERS MODERN LOCAL WARS)

I.V. Shadrina, K.N. Dedova

Chelyabinsk State Medical Academy, Russia

A total of 32 men, diagnosed with post traumatic stress disorder, previously involved in the fighting. All patients attended the various forms of suicidal activity. Based on the analysis results of the study, the authors concluded that PTSD increases the suicide. So there must be timely, accurate diagnosis and comprehensive correction of this disorder.

Keywords: suicidal behavior combatants.