

Суицидология № 1 2012

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

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

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

В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

И.Н. Габсалимов (Тюмень)

О.Д. Жевелик (Нижевартовск)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

* * *

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986

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

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

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

Интернет-ресурсы:
www.elibrary.ru

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

Содержание

- П.Б. Зотов, Н.А. Ряхина, Е.В. Родяшин*
Суицидологический регистр:
методологические подходы и первичная
документация суицидологического учета 3
- Б.С. Положий, Е.А. Панченко*
Дифференцированная профилактика
суицидального поведения 8
- В.А. Солдаткин, Д.Ч. Мавани, А.В. Дьяченко*
Игровая зависимость: криминогенность,
виктимность и суицидогенность 13
- В.В. Васильев*
Суицидальное поведение женщин.
(обзор литературы) 18
- А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Н.Н. Васяткина*
Эпискрипт как вариант внутрисемейной
динамики аутоагрессивных паттернов в семьях
мужчин, страдающих алкогольной зависимостью .. 28
- С.И. Ворошилин*
Расстройства половой ориентации и суицидальное
поведение: правовые и социальные аспекты 39
- Ю.Р. Вагин*
Теория деструктивного влечения
Сабины Шпильрейн 44
- А.Н. Чистикин, Т.А. Чистикина, М.О. Зороастров*
Дерматоглифика стоп у лиц с суицидальным
поведением 50
- С.В. Бойков, В.А. Юлдашев*
Аутоагрессия у больных с аффективными
нарушениями 53
- Авторам работ 56

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

Contents

| | |
|---|--|
| <i>P.B. Zotov, N.A. Ryahina, E.V. Rodyashin</i> Suicidological register: methodological approaches and primary accounting documentation3 | <i>S.I. Voroshilin</i> Disorders of sexual orientation and suicidal behavior: legal and social aspects 39 |
| <i>B. Polozhy, E. Panchenko</i> The different prevention of suicidal behavior8 | <i>Y.R. Vagin</i> The theory of the destructive impulses of Sabina Spielrein 44 |
| <i>V.A. Soldatkin, D.CH. Mawani, A. Dyachenko</i> Compulsive gambling: criminological, victimological and suicidological aspects 13 | <i>A.N. Chistikin, T.A. Chistikina, M.O. Zoroaster</i> Dermatoglyphics feet in persons with suicide 50 |
| <i>V.V. Vasiliev</i> Suicidal behavior of women 18 | <i>S.V. Boykov, V.L. Yuldashev</i> Autoaggression in patients with affective disorders 53 |
| <i>A.V. Merinov, D.I. Shustov, N.N. Vasjatkina</i> Episcript as a variant of intrafamilial dynamics of autoaggressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence28 | |

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

Третья научно-практическая конференция с международным участием

«Суицидальное поведение: современный взгляд»

19 октября 2012 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2012 г., высланные в адрес оргкомитета

на e-mail sibir@sibtel.ru

Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202
Заказ № 52 Тираж 1000 экз. Подписан в печать 22.03.12 г. Распространяется по подписке.
Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, Володарского, 45, телефон: (3452) 46-90-03
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

УДК 616.89-008.441.44+615.0

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПЕРВИЧНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА

П.Б. Зотов, Н.А. Ряхина, Е.В. Родяшин

Тюменская государственная медицинская академия
Департамент здравоохранения Тюменской области
Тюменская клиническая психиатрическая больница

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздравсоцразвития России, тел.: (3452) 73-27-45, e-mail: sibir@sibtel.ru
Ряхина Наталья Александровна, к.м.н., заместитель начальника отдела организации медицинской помощи и развития медицинских технологий Департамента здравоохранения Тюменской области, тел.: (3452) 46-66-42
Родяшин Евгений Владимирович – главный врач ГБУЗ ТО «Тюменская ОКПБ», тел.: (3452) 72-72-40

С целью развития системы суицидальной превенции авторами обосновано и предложено создание суицидологического регистра, включающего данные о случаях завершённых самоубийств и суицидальных попыток. Предлагается проведение медицинского персонализированного учета выживших суицидентов, для оказания адресной и целенаправленной помощи. Приводятся варианты первичной документации, используемой для суицидологического учета.

Ключевые слова: суицид, суицидальные попытки, регистр.

Россия занимает одно из ведущих мест в мире по количеству самоубийств. При этом стандартизованные показатели в течение многих лет значительно превышают уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический (выше 20 случаев на 100000 населения). В последние годы регистрируется незначительная регрессивная динамика. Однако такая ситуация, безусловно, требует поиска путей снижения смертности, тем более, что гибель от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, поддающийся влиянию не только социально-экономических, но и медицинских, психологических факторов [5, 7].

История организации специализированной системы суицидальной превенции на государственном уровне берет свое начало с 1998 года. Согласно Приказа Минздрава №148 от 06.05.1998 г. "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением" подписанным академиком Т.Б. Дмитриевой, было рекомендовано создание трехуровневой системы, включающей службу «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и кризисный стационар. Реализация Приказа позволила в достаточно короткий срок создать в различных регионах страны, если не все, то отдельные элементы системы. Для отечественного здравоохранения это являлось правильным и необходимым направлением развития, но для созда-

ния эффективно действующей службы требовало динамичного процесса усовершенствования, и, что не менее важно, создания условий межведомственного взаимодействия. К сожалению, дальнейшего развития служба, за редким исключением, не получила. Более того, во многих регионах она была реорганизована. Наиболее жизнеспособным элементом, сохранившимся и действующим в настоящее время, оказался «телефон доверия» [2, 8].

В целом, итоги работы суицидологической службы за прошедшие 14 лет во многих регионах России показали ее низкую эффективность. Среди ведущих причин, на наш взгляд, можно отметить следующие:

Первая: отсутствие системного суицидологического учета. Известно, что действующей системы по активному выявлению и регистрации суицидальных действий в настоящее время в России нет. Основной статистический материал по проблеме самоубийства дает лишь показатель общего числа завершённых случаев суицида, оцениваемый ретроспективно. Анализ получаемых при этом данных может дать только примерные, общие представления о требуемых мерах профилактики.

Более точную базовую информацию о приоритетных направлениях превентивных мер могли бы дать показатели частоты суицидальных попыток. Однако их число можно назвать только очень приблизительно. Проводимые в

литературе данные отдельных научных исследований [1, 3, 12 и др.] свидетельствуют о том, что количество суицидальных попыток может превышать показатель самоубийств в 10-15 раз и выше. Самый простой перерасчет свидетельствует о том, что при ежегодно официально регистрируемых 50-55 тысячах самоубийств в стране, следует ожидать от 500 до 825 тысяч суицидальных попыток в год, или 1300-2200 – ежедневно!

Еще более тревожные цифры получаются при повозрастном распределении суицидентов. Так, если в зрелом и пожилом возрасте на 1 завершённый суицид приходится от 2 до 5 суицидальных попыток. То в подростковом периоде это соотношение может достигать 1 к 50 [1, 9-11], а по данным американских исследователей [12] до 1 к 100.

Различаются и гендерные показатели. Например, среди погибших от суицида соотношение мужчин и женщин обычно составляет 4 к 1. В группе лиц, совершивших суицидальную попытку, напротив, преобладают женщины – до 70-75% [1, 3, 9-11].

Таким образом, эти цифры позволяют выделить наиболее суицидоопасный контингент – подростки и молодые люди, преимущественно женского пола.

Второй причиной низкой эффективности системы суицидальной превенции можно указать – расчет на оказание помощи «по запросу» – самостоятельное обращение граждан в службу «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи. Между тем, эффективная работа по превенции суицидов должна опираться на систему активного выявления, регистрации и учета, позволяющей четко определить тот контингент, воздействие на который будет способствовать снижению числа завершённых самоубийств. В первую очередь это лица, совершившие суицидальную попытку и проявляющие внешние признаки повышенной суицидальной готовности (активные суицидальные высказывания, суицидальные угрозы, суицидальный шантаж). Коррекционная работа среди этих лиц и является тем ведущим направлением профилактики добровольного ухода из жизни, т.к. известно, что не менее трети лиц, совершивших суицидальную попытку, в последующем ее повторяют [10, 11].

Третьим негативным фактором, ограничивающим развитие службы, является обезличенность учета. Действующая в настоящее

время система, в случае завершённого суицида, включает заполнение медицинского свидетельства о смерти (форма 106/у-98), с последующей статистической обработкой, исключающей учет персональных данных. После подготовки годового отчета эти свидетельства уничтожаются. И мы, в конечном итоге, не можем сохранить информацию о суициденте для более глубокого анализа. Хотя, в случае сохранения информации, можно было бы проверять конкретного суицидента на представленность его в базе других действующих в различных лечебно-профилактических учреждениях регистров – больных сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, патологией сердечно - сосудистой системы и др. Это позволило бы дать более полную характеристику суицидологического контингента. Более того, при достаточной проработке вопроса, показатель самоубийств при отдельных нозологиях, можно включить в показатели, отражающие эффективность работы отдельного специализированного стационара или службы в целом. Так как известно, что среди больных непсихиатрического профиля ведущими мотивами суицидальной активности нередко являются соматические детерминанты, а так же недостаточная эффективность проводимого лечения [3].

В целом, обобщая эти данные, можно сделать вывод о том, что сегодня мы можем только в самых общих чертах указать число и основной контингент, на который должны быть направлены меры суицидальной превенции. При этом и сами меры носят достаточно общий и, соответственно, малоэффективный характер. Практическим выводом в этих условиях, способным принципиально изменить сложившуюся ситуацию, является создание специализированной системы выявления, регистрации и учета случаев суицидальной активности в регионе – суицидологический регистр [4-6].

В настоящее время нами разработана и внедряется в практическую работу организационная модель системы суицидальной превенции, ведущим элементом которой является Суицидологический регистр, основной целью которого является учет случаев суицидальной действий в регионе, а так же контроль эффективности проводимых превентивных и лечебных мероприятий.

На наш взгляд, основным принципом работы регистра является учет не просто случаев суицидальных действий, а учет и внесение в электронную базу персонифицированных дан-

ных, включающих основные социальные категории каждого суицидента, характеристики совершенных суицидальных действий и др. Персонифицированные данные при сопоставлении их с существующими сегодня регистрами различных нозологических форм, а так же отдельных режимных контингентов (сотрудники милиции, военные, лица, содержащиеся под стражей и др.) позволит оценить их суицидальную активность и определить возможные направления профилактики и лечебной помощи. Согласно Закона о персональных данных, источниками информации могут быть только лечебно-профилактические учреждения, служба «скорой помощи», для которых разрешен обмен медицинскими данными [3-6]. Поэтому в случае совершения суицидальной попытки в других учреждениях – система образования, социальной помощи, режимные контингенты – необходимы межведомственные соглашения с соответствующими департаментами, регламентирующие обязательный вызов службы скорой помощи к каждому лицу с аутоагрессивными действиями. Это, с одной стороны, обеспечит доступность и своевременность необходимой помощи, а, с другой, позволит проводить более четкий учет и динамическое наблюдение.

С целью формализации системы регистрации и учета нами была обоснована, разработана и предложена для практического применения первичная документация, которая помимо получения статистических данных, позволила бы определять необходимый объем работы, требуемый от специалистов всех уровней медицинской помощи [6].

Первоначальным этапом задействования системы регистрации является заполнение «Талона первичной регистрации суицидальной попытки», который должен оформляться любым медицинским работником в случае выявления им суицидальной попытки или завершеного суицида.

Талон первичной регистрации суицидальной попытки включает следующие пункты, обязательные к заполнению (см. талон).

После внесения информации, Талон высылается в Суицидологический регистр, расположенный на базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы. Сотрудником регистра поступившая информация вносится в электронную базу данных. Специально разработанная программа автоматически переносит введенную информацию в Талон

уточненной регистрации (Часть 1), который передается психиатру по месту проживания суицидента.

Талон первичной регистрации
суицидальной попытки

1. Ф.И.О.
2. Дата рождения.
3. Адрес регистрации.
4. Телефон.
5. Дата суицидальной попытки.
6. Вид суицидальных действий: отравление, повешение, самострел, падение с высоты, другое (указать).
7. Место совершения: дома, на работе, в образовательном учреждении, в интернате, на улице, условия ареста, в другом месте (указать где).
8. Характер попытки: демонстративный, шантажный, в отсутствии (присутствии) других лиц.
9. Совершение попытки: в трезвом состоянии, опьянении (алкогольное / наркотическое).
10. Исход: умер (дата _____); живой (ая).
11. В какое ЛПУ направлен (или доставлен).
12. Из какого учреждения поданы сведения.
13. Дата заполнения и передачи талона.
14. Кто заполнил талон (должность, Ф.И.О. и контактный телефон (разборчиво)).

Участковый психиатр, получив талон, проверяет по базе данных больных психиатрического профиля, состоял ли данный человек на учете ранее. В обязанности психиатра так же входит посещение суицидента, осмотр, консультация, предложения по оказанию помощи и рекомендации по направлению к психотерапевту. После этого вся полученная информация вносится врачом-психиатром в Часть 2 талона. После заполнения, талон отсылается обратно в методический отдел Суицидологического регистра.

Талон уточненной регистрации содержит более полную информацию о суициденте. На этапе разработки модели талона мы старались, с одной стороны, выделить минимальный объем оцениваемых категорий, с целью снижения формальной нагрузки на психиатра, с другой, привлечь достаточно значимые показатели, необходимые для оценки суицидального случая в целом. Важными так же являлись элементы структурирования опроса и определения дальнейшей судьбы пациента. Предложенный вариант не является окончательным. Практическая работа, наверняка, потребует каких-либо изменений и / или дополнений, что можно осуществить при динамическом совершенствовании элементов учета.

Талон уточненной регистрации
суицидальной попытки

Часть 1. Заполняется сотрудником Суицидологического регистра.

1. Ф.И.О.:
2. Дата рождения:
3. Адрес регистрации:
4. Телефон:
5. Дата суицидальной попытки: ___ / ___ 20 ___ г.
6. Вид суицидальных действий: отравление, повешение, самострел, падение с высоты, другое (указать)
7. Место совершения: дома, на работе, в образовательном учреждении, в интернате, на улице, условия ареста, в другом месте (указать где)
8. Характер попытки: демонстративный, шантажный, в отсутствии (присутствии) других лиц).
9. Совершение попытки: в трезвом состоянии, опьянении (алкогольное / наркотическое).
10. Исход: умер (дата _____); живой (ая).
11. В какое ЛПУ направлен (доставлен):
12. Из какого учреждения поданы сведения:
13. Дата заполнения и передачи талона:
14. Кто заполнил талон:

Талон передан: ___ / ___ / 20..... г. в ЛПУ (указать)
для врача-психиатра (ФИО)

Часть 2. Заполняется участковым психиатром.

1. Состоит на учете в ГБУЗ ТО «ОКБП»: нет / да, с ___ / ___ / ___ г. Код по МКБ-10
2. Получает психотропную терапию: нет / да, (указать, что именно)
3. Суицидальные попытки ранее: нет / да, (какие и когда)
4. Данные осмотра и собеседования: дата ___ / ___ / ___ г.
- 4.1. Психиатрический диагноз (словами):
- 4.2. Наркологический анамнез: алкоголизм / наркомания, стаж _____ лет.
- 4.3. Мотивы суицидальной попытки (указать): а) конфликт в семье; б) конфликт на работе/учебе; в) соматическое заболевание; г) галлюцинаторные / бредовые переживания; д) другое (указать)
- 4.4. Получал ли психотерапевтическую помощь после попытки: нет / да (где)
- 4.5. О совершенной суицидальной попытке: а) [не] сожалеет; б) считает, что поступил правильно; в) сожалеет, что попытка не удалась.
- 4.6. Сохраняется ли суицидальная настроенность на момент осмотра: а) категорически отрицает; б) не исключает повторные суицидальные действия.
- 4.7. Характер суицидальной активности в настоящее время: а) демонстративно-шантажный; б) истинный.
5. Социальный статус:
- 5.1. Холост / не замужем; семья; вдов (а); другое)
- 5.2. [Не] работает; [не] учится; на пенсии, инвалид; БОМЖ (другое)
- 5.3. Материальное положение: а) хорошее; б) удовлетворительное; в) неудовлетворительное.

6. Наличие соматического заболевания: (указать какого).
7. Рекомендации: а) направлен к психотерапевту; б) назначена психотропная терапия (амбулаторно); в) нуждается в стационарном лечении.
8. Дата заполнения и возврата талона в регистр:
9. Кто заполнил талон:
10. Катамнез:

Можно уточнить, что основной контингент, требующий учета и оказания помощи, это лица, совершившие суицидальную попытку. Предупреждение повторного аутоагрессивного действия и есть основная задача работы специалистов, оказывающих психологическую и медико-социальную помощь в постсуицидальном периоде. Другие направления работы Центра включают более широкий спектр профилактических и лечебных мероприятий, освещение которых не входит в задачи настоящей статьи и будет предложено в последующих публикациях.

Остановимся лишь на одном организационном элементе работы системы суицидологического учета. С целью контроля функционирования описанной выше системы нами предложена дополнительная «Экспертная карта оценки качества оказания медицинской помощи при заполнении медицинской документации на лиц, совершивших суицидальную попытку либо завершённый суицид». Данная карта направляется из Суицидологического регистра в адрес лечебно - профилактического учреждения (ЛПУ), оказавшего помощь после совершения суицидальной попытки, но не заполнившего «Талон первичной регистрации суицидальной попытки».

В ЛПУ, после получения «Карты контроля качества», проводится разбор случая на врачебной комиссии с последующим заполнением карты и отправкой её с нарочным в Суицидологический регистр. Одновременно в данном ЛПУ заполняется Талон первичной регистрации. Заполнение данных талонов позволяет обеспечить достаточно полный учет суицидальных действий в регионе.

В целом, обобщая приведенные выше данные, можно отметить, что проводимые нами мероприятия являются первым системным опытом в нашей стране создания и практического внедрения специализированного суицидологического регистра. Анализ эффективности работы организуемой службы проводится

ежеквартально для внесения необходимых коррекционных мероприятий.

Экспертная карта оценки качества оказания медицинской помощи при заполнении медицинской документации на лиц, совершивших суицидальную попытку либо завершённый суицид

| ЛПУ, номер истории болезни | Замечание | Нет замечаний |
|---|-----------|---------------|
| Лечащий врач | | |
| Дефекты, связанные с диагностическим процессом | | |
| Неполный сбор жалоб по диагнозу | | |
| Неправильная трактовка жалоб | | |
| Неполный сбор анамнеза | | |
| Неполноценная / отсутствие / неверная оценка обследований, повлиявших на постановку диагноза психического / соматического | | |
| Некачественное описание состояния пациента, в т.ч. психического статуса | | |
| Неправильная / неполноценная формулировка диагноза | | |
| Несоответствие диагнозу назначенной терапии | | |
| Отсутствие контроля за состоянием при изменении психического / соматического состояния | | |
| Назначение несовместимых / однотипных лекарственных препаратов (для психиатрии) | | |
| Несвоевременный перевод на стационарное лечение (для психиатрии) | | |
| Отсутствие коррекционной психотерапии при наличии показаний | | |
| Отсутствие обоснованности длительности однотипного лечения | | |
| Несвоевременное направление на консультацию в специализированное учреждение (психиатрическое, наркологическое) | | |
| Отсутствие результатов осмотра ведущего отделением, врачебной комиссии при низкой эффективности принимаемых методов лечения | | |

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Давыденко А.Ф., Семенова Н.Б., Щеглова Ю.Н. и др. Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 // Суицидология. – 2011. – № 2. – С.48-49.
3. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей онкологов // Суицидология. – 2011. – № 4. – С.18-25.

4. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 8-9.
5. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. - № 1. – С. 10-11.
6. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В., Габсаламов И.Н. Системный суицидологический учет: первичная документация // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 21-24.
7. Зотов П.Б., Терентьева З.М. Новые подходы к системе учета суицидальных действий онкологических больных: результаты многоцентрового исследования // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – № 4. – С. 24-27.
8. Кийченко Е.А., Михайличенко И.Н., Пурясова Е.Г. Характер обращений на «Телефон доверия» в периоды социальных кризисов (по материалам службы Омской области) // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 53-54.
9. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клин. психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97-105.
10. Jianlin J. Suicidal rates and mental health services in modern China // Crisis. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 118-121.
11. 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.
12. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. Edition: Second Edition Binding: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.

SUICIDOLOGICAL REGISTER: METHODOLOGICAL APPROACHES AND PRIMARY ACCOUNTING DOCUMENTATION

P.B. Zotov, N.A. Ryahina, E.V. Rodyashin

Tyumen State Medical Academy, Russia
Department of Health of the Tyumen Region, Russia
Tyumen Clinical Psychiatric Hospital, Russia

In order to develop a system of suicide prevention is justified by the authors, and suggested the creation of suicidal register includes data on cases of completed suicides and suicide attempts. The scientific medical personified accounting suicides survivors, to provide targeted and focused assistance. We give options for the primary documents used to suicidal accounting.

Key words: suicide, suicide attempts, register.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Б.С. Положий, Е.А. Панченко

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г. Москва

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич, д.м.н., профессор, руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ "ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского" Минздравсоцразвития России, тел.: +7 (906) 776-24-68, e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Панченко Евгения Анатольевна, к.м.н., с.н.с. отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ "ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского" Минздравсоцразвития России

Суицидологическая помощь является одним из самых сложных процессов во всей системе психологической, медицинской и социальной помощи населению. Исследование позволило выделить основные группы факторов возникновения и развития суицидального процесса: биологические, клинические, социальные, личностно-психологические. Знание факторов суицидального поведения создает возможность дифференцированного подхода к профилактике самоубийств. Нами разработана оригинальная система дифференцированной профилактики суицидального поведения с учетом динамики суицидального процесса. Выделено четыре уровня профилактики: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. Универсальная профилактика направлена на предупреждение возникновения суицидального поведения. Селективная профилактика носит избирательный характер и ориентирована на лиц, входящих в группы суицидального риска. Антикризисная профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития процесса в пресуицидальном периоде; на купирование суицидального состояния в период совершения суицидальных действий и в ближайшем постсуицидальном периоде. Индикативная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и повторных суицидальных действий.

Ключевые слова: суицидальный процесс, дифференцированная помощь, универсальная профилактика, селективная профилактика, антикризисная профилактика, индикативная профилактика.

Суицидологическая помощь является одним из самых трудоемких процессов во всей системе медико-психологической и медико-социальной помощи населению [7, 11]. Высокая частота завершенных и незавершенных самоубийств диктует необходимость изучения причин и условий возникновения суицидального поведения, выявления факторов и групп риска, оптимизации методов предупреждения суицидов [5, 6, 8, 12 и др.].

Необходимо указать на значительные трудности, существующие в практической деятельности по предупреждению самоубийств в современной России. Так, лишь 5% лиц с суицидальными тенденциями обращаются к врачу-психиатру или психотерапевту, предпочитая посещение врача общей практики в первичной медицинской сети. В свою очередь, суицидальная симптоматика диагностируется поликлиническими врачами лишь в 5% случаев [1, 10]. Также известно, что около 30% лиц, совершивших суицид или суицидальную попытку, в течение предшествующего месяца обращались к врачам и/или психологам, но не получили адекватной помощи [14]. Не менее

важной проблемой является несовершенство существующей на сегодняшний день системы суицидологической помощи в стране. Работающие в регионах суицидологические службы имеют разную ведомственную подчиненность, используют в своей деятельности различные (зачастую малоэффективные) методы и формы работы. Таким образом, совершенствование профилактики самоубийств зависит как от научно-теоретической базы, так и от эффективности организации суицидологической помощи.

В последнее время произошли радикальные изменения в понимании суицидального поведения, которое стало рассматриваться как непрерывный процесс, в основе которого лежит предрасположенность к такому поведению [13]. При этом все факторы (биологические, социальные, клинические и т.д.) вносят свой вклад в его развитие. Вместе с тем, приведенное определение не дает ответа на ряд важных вопросов: каким образом, в какой последовательности, в каких сочетаниях оказывают свое воздействие эти факторы, какие из них являются наиболее значимыми и т.д. Это

привело нас к попытке создания интегративной модели суицидального поведения [3, 4], которая базируется на двух основных принципах:

1. Суицидальное поведение, как и всякий процесс, имеет свою динамику и этапность развития.

2. Наступлению каждого этапа соответствует воздействие определенных групп факторов – детерминантов суицидального процесса.

В рамках этой модели выделяются 4 группы факторов возникновения и развития суицидального процесса:

- Биологические – наследственная отягощенность по психическим заболеваниям (особенно по депрессивным и наркологическим расстройствам) и суицидам.

- Клинические – наличие психических расстройств, среди которых наибольшей суицидоопасностью обладают депрессивные расстройства, расстройства личности и шизофрения; низкий уровень выявления психических расстройств среди населения; наличие нарушений развития в детском возрасте; злоупотребление алкоголем; употребление наркотиков, наличие хронических соматических заболеваний, особенно сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем.

- Социальные, включающие в себя *макросоциальные* (социальное неблагополучие в обществе, финансовые и экономические кризисы, утрата или угроза утраты работы, тяжелое материальное положение, профессиональная занятость в частном предпринимательстве, торговле, а также в финансовой сфере; вынужденные смены места работы) и *микросоциальные* (неполная родительская семья, патологическое воспитание в родительской семье, конфликтные отношения в собственной семье, отсутствие или утрата собственной семьи, одиночество, бездетность, узость или утрата социальных контактов) факторы.

- Личностно-психологические – аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс, отсутствие или неприоритетность высших личностных потребностей, эгоцентризм, импульсивность, ригидность поведенческих стереотипов, высокий уровень тревожности; избегающие формы поведения.

Представленная модель позволяет дифференцировать профилактические подходы к

предупреждению суицидов. Нами были разработаны основные направления дифференцированной профилактики суицидального поведения, включающие в себя четыре уровня: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный.

Универсальная профилактика направлена на предупреждение возникновения суицидального поведения. Она ориентирована на общую популяцию, включающую все возрастные группы, и носит медико-социальный характер. Целью универсальной профилактики является предупреждение первичного возникновения суицидального поведения путем воздействия на основные «мишени» риска его развития. К ним относятся:

- Недооценка (в первую очередь, родителями, но также и взрослыми людьми, и даже врачами) роли биологических (наследственных) факторов предрасположенности к развитию суицидального поведения. Согласно современным представлениям, наследственная предрасположенность к его возникновению существует у подавляющего числа лиц, совершающих самоубийство.

- Отсутствие психолого - психиатрического компонента диспансеризации детей и подростков. Следствием этого является низкий уровень выявления психических расстройств в данной возрастной группе населения, что в последующем приводит не только к утяжелению психического заболевания, но и к формированию в его рамках суицидального поведения.

- Патологическое воспитание в родительской семье. По данным литературы и наших собственных исследований, порядка 90% лиц с различными формами суицидального поведения подверглись в своих родительских семьях различным вариантам патологического воспитания (гипоопека, гиперопека, безнадзорность, «Золушка», «Кумир семьи» и др.).

- Отсутствие умения конструктивного решения проблем и совладания со стрессом.

- Индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации (СМИ).

- Отсутствие у населения минимально необходимых знаний о причинах, факторах риска, поведенческих проявлениях суицидального поведения, необходимых мерах в отношении лиц с суицидальным поведением.

- Наличие психологического барьера перед обращением в психиатрические службы, вследствие чего остается крайне низким раннее

выявление психических расстройств, в особенности депрессий, ведущих к возникновению суицидального поведения.

Исходя из вышеизложенного, нами выделяются следующие формы универсальной профилактики суицидального поведения:

1. Активное дифференцированное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения суицидального поведения (в том числе, наследственных, психопатологических, личностно - психологических); существования защитных (антисуицидальных) факторов, поведенческих проявлений суицидоопасного поведения, телефонов служб экстренной медико-психологической помощи, преодоления психологического барьера перед обращением за психиатрической помощью.

2. Проведение дифференцированных образовательных программ для различных групп населения о признаках суицидоопасных состояний. В первую очередь это касается учащихся школ, средних и высших учебных заведений; педагогов, воспитателей детских учреждений, лиц, чья профессиональная деятельность связана с риском для здоровья и жизни.

3. Формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни у лиц различного возраста.

Универсальная профилактика суицидов предполагает, прежде всего, активное и регулярное сотрудничество специалистов в области психического здоровья со всеми средствами массовой информации (телевидение, радио, Интернет, печатные издания). В работе со СМИ следует учитывать, что неправильно представленная информация о самоубийствах и суицидальных попытках может спровоцировать своеобразные «эпидемии» суицида в определенных группах населения, особенно среди подростков [2, 9]. Исходя из этого, при освещении самоубийств средствами массовой информации необходимо избегать сенсационности в изложении материала, придания суициду некоего романтического либо героического оттенка, нельзя публиковать фотографии суицидента, указывать подробности суицидального акта.

Отдельной социальной проблемой является растущий уровень самоубийств среди детей и подростков. Необходимо проведение просветительской работы с родителями, направленной на предупреждение невротизации ребенка, что является профилактикой развития суицидаль-

ных тенденций. Форма проведения данной работы включает в себя лекции, семинары, тренинги, игровые группы. Указанные особенности рекомендуется внедрять в школах, детских садах, кабинетах психологической помощи и т.п.

Еще одним направлением профилактической деятельности является проведение санитарно-просветительской работы в отношении предупреждения суицидов в медицинских лечебно-профилактических учреждениях. Здесь следует особо сказать о женских консультациях и детских поликлиниках, в которых должна проводиться работа по формированию представлений о гармоничном воспитании детей, начиная с их дошкольного возраста, и суицидальном риске патологических типов воспитания в родительской семье.

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи ориентированной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска и оказание им адекватной профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития суицидального процесса. Основными задачами селективной профилактики являются:

1. Раннее выявление лиц с наличием биологических, личностно-психологических и клинических (психические расстройства) детерминантов суицидального поведения (группы риска суицидального поведения).

2. Первичная диагностика суицидоопасных состояний в общей медицинской сети.

3. Обеспечение лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

В решении первых двух задач особая роль отводится врачам общемедицинской практики, поскольку именно к ним изначально обращается большинство лиц с повышенным суицидальным риском. Итогом такой работы должно быть направление пациента с риском развития суицидального поведения для последующего наблюдения и оказания квалифицированной профилактической помощи в суицидологическую или (в случае ее отсутствия) психиатрическую службу.

В отношении лиц, входящих в группы риска суицидального поведения, специалистами амбулаторного звена суицидологических (психиатрических) служб должны проводиться следующие профилактические мероприятия:

- профилактическое наблюдение лиц с суицидально отягощенной наследственностью;
- психологическая коррекция суицидоопасных черт личности, обучение конструктивным методам совладания со стрессом (копинг-стратегиям), психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением пациента;
- динамическое наблюдение и адекватное лечение психического заболевания (при его наличии).

Антикризисная профилактика осуществляется в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах суицидального процесса. Ее задачами являются:

1. Предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий) в пресуицидальном периоде.
2. Купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенное самоубийство, в ближайшем постсуицидальном периоде.

Терапевтические мероприятия в этот период проводятся в условиях стационара и предусматривают постоянное наблюдение за пациентом. Проводится антикризисная профилактика врачами-психиатрами и психотерапевтами, имеющими специальную подготовку в области суицидологии. Основная задача антикризисной профилактики заключается в купировании суицидальных намерений и коррекции эмоциональных нарушений у лиц, совершивших покушение на самоубийство.

Индикативная профилактика начинается в отдаленном постсуицидальном периоде и продолжается не менее одного года. Ее целью является предупреждение рецидивов суицидального поведения и повторных суицидальных действий.

К основным задачам индикативной профилактики относятся:

1. Динамическое наблюдение и лечение суицидента по поводу имеющегося психического заболевания.
2. Укрепление антисуицидального барьера личности суицидента.
3. Психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением суицидента.

Согласно нашему опыту, наиболее адекватной организационной формой дифференцированной профилактики суицидального поведения могут быть специализированные «Кабинеты (отделения) профилактики суицидов».

Они должны находиться в структуре существующей психиатрической службы, а размещаться (при наличии такой возможности) вне ее стен – либо автономно, либо на базе крупного многопрофильного общемедицинского стационара или больницы «Скорой медицинской помощи».

Внедрение программ дифференцированной профилактики суицидального поведения позволило определить основные задачи Кабинета профилактики суицидов:

- консультирование амбулаторных пациентов с признаками суицидального поведения (как лиц, направленных врачами медицинских учреждений, так и лиц, самостоятельно обратившихся в Кабинет);

- консультирование лиц, госпитализированных по поводу суицидальной попытки; представление лечащему врачу стационара рекомендаций по терапии пациентов в ближайшем постсуицидальном периоде;

- консультирование находящихся на стационарном лечении больных с психическими расстройствами и риском совершения суицидальных действий; представление лечащему врачу стационара рекомендаций по предупреждению суицидальных действий;

- запись в историю болезни (амбулаторную карту) результатов обследования, включая оценку степени суицидального риска и рекомендуемые терапевтические и профилактические мероприятия;

- проведение (с учетом клинических показаний) психо- и фармакотерапии пациентам с суицидальным поведением;

- участие в работе врачебно-экспертных комиссий стационара по поводу решения вопросов о выписке пациентов, совершивших суицидальные попытки, или с иными проявлениями суицидального поведения.

Трехлетнее катамнестическое наблюдение суицидентов, прошедших программы дифференцированной профилактики суицидального поведения, показало отсутствие повторных суицидальных действий у 92,7% из них. Это указывает на эффективность разработанных дифференцированных программ профилактики суицидального поведения. Они включают в себя работу как стационарных, так и амбулаторных звеньев медицинской сети. На разных этапах профилактики происходит привлечение различных специалистов – суицидологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, врачей об-

шей практики, психологов, социальных работников, юристов. Реализация такого многоуровневого дифференцированного подхода может внести вклад в улучшение суицидологической ситуации в стране.

Литература:

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2006. – № 8. – С. 18-22.
2. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств // Пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – С. 114, 276-279.
3. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.
4. Положий Б.С. Суицидальное поведение: интегративная концепция и направления профилактики / Sveikatos mokslai (Health sciences) // Vilnius. – 2010. – Vol. 2, № 68. – P. 3079-3082.
5. Корнетов Н.А., Попова Н.П. Томская модель антикризисной неотложной социально-психологической (суицидологической) помощи населению // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1-2. – С. 92-95.
6. Руженков В.А., Концова Л.А., Янин В.Н. Организационно-методические и клинические аспекты профилактики суицидального поведения у соматических больных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 3. – С. 90-99 с.
7. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – 267-269 с.
8. Соколова В.Н., Юзефович Г.Я. Реабилитация в психиатрии. – Томск, 1998. – 179 с.
9. Berman A., Jobs D.A., O'Carroll P. The aftermath of Kurt Coban's suicide. In: De Leo D., Schmidtke A., Diekstra R.F.W. Suicide Prevention: a Holistic Approach. 1997. – P.139-143.
10. Cattell H.R. Elderly suicide in London: An analysis of coroners' inquests // Int. J. Geriatr. Psychiatr. – 1988. – Vol. 3, № 4. – P. 251-261.
11. Enachescu C, Retezeanu A. Psychopathologic characteristics of the presuicidal syndrome // Rom-J-Neurol-Psychiatry. – 1992. Apr-Jun. – Vol. 30, № 2. – P. 141-146.
12. Gould M.S. Teenage suicide clusters // JAMA. – 1990. – № 263. – P. 2051-2052.
13. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // Can. J. Psychiatr. – 2003. – № 48. – P. 292-300.
14. Williams J.M.G., Pollock L.R. Factors Mediating Suicidal Behavior: Their Utility in Primary and Secondary Prevention // Journal of Mental Health. – 1993. – Vol. 2. – P. 3-24.

THE DIFFERENT PREVENTION
OF SUICIDAL BEHAVIOR

B. Polozhy, E. Panchenko

Serbsky National Research Centre for Social and
Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

The suicidological care is one of the labor-intensive processes in all system of the psychological, medical and social help to the population. It is established basic *factors* groups of suicide process: biological, clinical, social, perso-psychological. The knowledge and the consideration of suicide behavior factors allows to individualize and raise efficiency of preventive maintenance of suicide patient. We had been developed the original system to different prevention of suicide behavior taking into account stages of suicide process. It is allocate four levels of prevention: universal, selective, anti-recessionary and indicative. Universal preventive maintenance is directed on the beginnings of suicide behavior. Selective preventive maintenance, it has selective character and is focused on the persons, entering into groups of suicide risk. Anti-recessionary preventive maintenance is directed on the prevention of the further development of process in before suicide period; on arresting of a suicide condition in fulfillment of suicide actions and during the nearest postsuicide period. Indicative preventive maintenance is directed on the prevention of relapses and repeated suicide actions.

Key words: suicidal processes, universal prevention, selective prevention, anti-recessionary prevention, indicative prevention.

Подписаться на журнал «Суицидология»

можно через каталог ОАО «Роспечать»

Индекс подписки: 57986

УДК: 616.89-008.44

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: КРИМИНОГЕННОСТЬ, ВИКТИМНОСТЬ И СУИЦИДОГЕННОСТЬ

В.А. Солдаткин, Д.Ч. Мавани, А.В. Дьяченко

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону
Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», г. Ростов-на-Дону

Контактная информация: Солдаткин Виктор Александрович, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Ростовский ГМУ» Минздравсоцразвития России, тел.: +7 (918) 56-37-888, e-mail: sva-rostov@mail.ru
Мавани Давад Чандракант, врач-психиатр лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс»
Дьяченко Антон Васильевич, ординатор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Ростовский ГМУ» Минздравсоцразвития России

В целях изучения клиники игровой зависимости (по МКБ-10 - патологического влечения к азартным играм) в ее криминологическом, виктимологическом и суицидологическом аспектах обследовано 150 человек, страдающих этим расстройством (135 мужчин и 15 женщин). Установлено, что ИЗ характеризуется высокой криминогенностью, при этом возрастает риск совершения преступлений как против собственности, так и против личности, существенной виктимностью и суицидогенностью. Криминогенность и виктимность при ИЗ обусловлена продуктивными (синдром зависимости) и негативными (личностными) изменениями, возникающими и нарастающими в процессе развития расстройства.

Ключевые слова: зависимость, игровая зависимость, нехимическая зависимость, криминогенность, виктимность, суицидогенность.

Анализ обращаемости за психиатрической помощью не оставляет сомнений в том, что за последние несколько лет в нашей стране заметно возросло число лиц, страдающих игровой зависимостью (ИЗ). Актуальность исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с этим расстройством медицинских, социальных и юридических проблем [1-4, 7-9].

Высокий риск криминального поведения патологических игроков подчеркивали многие исследователи [9, 13, 15, 16]. D.M. Ledgerwood и соавт. (2007) [13] убедительно доказали высокую частоту криминального поведения при ИЗ. Авторами установлено, что пациенты с игровой зависимостью, совершившие противоправные деяния, имеют большую выраженность симптомов расстройства. Обнаружено, что от 5 до 38% заключенных американских тюрем страдают ИЗ. По данным M.N. Potenza и соавт. (2000) [16], как минимум 11% пациентов, страдающих ИЗ, имеют в анамнезе аресты за действия, ассоциированные с азартной игрой. Ф.Г. Щеглов [9] сделал вывод о заметном нарастании агрессии и аутоагрессии у пациентов, страдающих ИЗ. Общественная опасность при ИЗ, по мнению большинства авторов, связана с высокой напряженностью компульсивного влечения и нарастающими личностными

изменениями (психопатизация и оскудение личности).

А.С. Андреев и соавт. [1], в связи со структурно-динамическими закономерностями формирования ИЗ, указывали на высокую виктимность расстройства (опасность стать жертвой преступления). По мнению авторов, виктимность определяется неспособностью пациентов к адекватному просчету ситуации, утратой предусмотрительности, т.е. дефицитом прогностической функции.

Высокий суицидальный риск при ИЗ отмечали многие исследователи. По имеющимся литературным данным, от 13 до 20% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 48-70% отмечаются суицидальные мысли [11, 12, 15, 17].

Описанная ситуация определила актуальность собственного исследования, целью которого явилось изучение аспектов криминогенности, виктимности и суицидогенности игровой зависимости.

Материал исследования.

За период 2007-2012 гг. обследовано 150 пациентов с установленным по МКБ-10 (с уточнением по исследовательским критериям ИДК-10) диагнозом «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Из 150 пациентов 107 (71,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 23 (15,3%) – от азартной игры в ка-

зино, у 20 пациентов (13,3%) выявлены признаки зависимости от нескольких азартных игр (букмекерские конторы, автоматы, казино, карточные турниры, тотализатор). Преобладали пациенты с игровым стажем 3-5 лет (75; 50,0%). Все пациенты миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей), описанную R.L. Custer [10].

Возраст пациентов был в диапазоне от 8 до 42 лет (средний возраст – 24,3±4,5 года). Распределение по возрасту на момент обращения оказалось следующим: до 15 лет – 6 пациентов (4,0%), от 15 до 18 – 12 (8,0%), от 18 до 22 – 38 (25,3%), от 22 до 26-30 (20,0%), от 26 до 30 – 28 (18,7%), от 30 до 34 – 14 (9,3%), старше 34 лет – 22 (14,7%).

Распределение по полу показало, что на 135 мужчин (90,0%) пришлось 15 женщин (10,0%). Таким образом, соотношение мужчин к женщинам оказалось 9 : 1.

По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неоконченное среднее – 6,7%, среднее – 18,7%, среднее специальное – 24,0%, неоконченное высшее – 16,7%, высшее – 30,0%, ученая степень – 4,0%.

В браке (официальном и гражданском) состояли 30,7% больных, при этом свои отношения с супругой (супругом) оценивали как «крепкие, надежные» 30 человек (20,0%), а в 16 случаях (10,7%) брак был на грани распада. Одинокими оказались большинство включен-

ных в исследование пациентов (69,3%). Из них никогда не состояли в браке каждый третий (36,0%), были разведены 33,3%. В большинстве случаев (n=42, 28,0%) причиной развода являлась азартная игра пациента, приводящая к развитию тяжелых финансовых, социальных и семейных проблем.

Не учились и не работали, находясь на иждивении близких – 18,0%; учились – 26,0%; работали – 60,0%. Из них владел собственным мелким и средним бизнесом 28 (18,7%) человек (следует отметить, что 19 из них потеряли крупный бизнес вследствие существенных финансовых расходов в связи с игровой зависимостью). Работали по найму в сфере частного бизнеса – 10,0%; трудились на государственной службе – 27,3%. Служили офицерами в Российской армии 6 человек (4,0%). Двое (1,3%) пациентов трудился в игровом заведении охранниками, еще 9 (6,0%) там работали ранее.

При анализе социального положения пациентов нами применялся перечень занятий, утвержденный Постановлением Государственного Стандарта РФ №298 от 30.12.93 г. Использование принятой Госстандартом классификации занятий показывает, что социальное положение пациентов в большем числе (90, 60,0%) имело достаточно высокий уровень социализации.

Таблица 1

Криминогенность и виктимность игровой зависимости¹

| Криминогенность | Частота (n=150) | | Виктимность | Частота (n=150) | |
|--|-----------------|------|---|-----------------|------|
| | n | % | | n | % |
| Кража (ст. 158) | 138 | 92,0 | Доведение до самоубийства (ст. 110) | 1 | 0,7 |
| Мошенничество (ст. 159) | 9 | 6,0 | Умышленное причинение вреда здоровью (ст.ст. 111, 112, 115) | 4 | 2,7 |
| Присвоение или растрата (ст. 160) | 20 | 13,3 | Побой и истязания (ст.ст. 116 и 117) | 3 | 2,0 |
| Причинение имущественного ущерба путем обмана или злоупотребления доверием (ст. 165) | 8 | 5,3 | Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью (ст. 119) | 11 | 7,3 |
| Злостное уклонение от погашения кредиторской задолженности (ст. 177) | 12 | 8,0 | Вымогательство (ст. 163) | 24 | 16,0 |
| Убийство (ст. 105) | 1 | 0,7 | | | |
| Разбой (ст. 162) | 2 | 1,3 | | | |
| Грабеж (ст. 161) | 4 | 2,7 | | | |
| Незаконное получение кредита (ст. 176) | 12 | 8,0 | | | |
| Неправомерное завладение автомобилем (ст. 166) | 3 | 2,0 | | | |

¹ Квалификация деяния осуществлялась при помощи юриста - заведующего кафедрой уголовно-правовых дисциплин ИУБиП (г. Ростов-на-Дону), проф., д.ю.н. Н.П. Мелешко

Таблица 2

Суицидальные идеи при игровой зависимости

| Вид суицидальных идей | Описание | Частота (n=150) | |
|--|--|-----------------|------|
| | | n | % |
| Желание умереть | Мысли о желании умереть или перестать жить, или о желании заснуть и не проснуться | 39 | 26,0 |
| Активные неспецифические мысли о самоубийстве | Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой | 14 | 9,3 |
| Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства, при отсутствии намерения действовать | Мысли о самоубийстве, размышления о способе, но без конкретного плана действий | 6 | 4,0 |
| Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана | Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями | 3 | 2,0 |
| Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением | Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и намерение пациента осуществить этот план | 2 | 1,3 |
| Итого: | | 64 | |

Методы исследования: клинический, математический.

Результаты и их обсуждение.

Сама суть игровой зависимости (компульсивное влечение к азартной игре, с потерей количественного контроля и значительным финансовым обременением) и изменения личности, которые расстройство вызывает (деформация, состоящая в заметном изменении личности, появлении новых ее качеств, в первую очередь, в виде нарастания возбудимости; и оскудение с заметной морально-этической деградацией, которое проявляется возникновением и усилением бессердечности, равнодушия к семье, учебе, работе, исчезновением ответственности, чувства долга) приводят к тому, что ИЗ отличается повышенной криминогенностью и виктимностью (табл. 1).

Криминогенность расстройства в основной группе отражалась высокой частотой совершения действий, формально попадающих под описание запрещенных Уголовным Кодексом под угрозой наказания. Так, 92,0% пациентов похищали деньги и вещи из дома (иногда это доходило до «полного выноса всех вещей»), 22,7% – совершали эти действия вне дома, 13,3% – незаконно тратили доверенные им на работе деньги (после обнаружения чего родственники, как правило, возмещали ущерб, и работодатель ограничивался увольнением, и не настаивал на возбуждении уголовного дела), 6,0% – похищали чужое имущество путем обмана или злоупотребления доверием, 2,7% –

совершали хищение чужого имущества с применением насилия, не опасного для жизни и здоровья пострадавших, 2,0% – завладевали чужими автомобилями с целью последующей продажи, 1,3% – с применением опасного для жизни и здоровья пострадавших насилия присваивали их имущество; одна (0,7%) пациентка совершила убийство в ситуации, связанной с игрой (авторы участвовали в проведении СПЭ).

Третья часть пациентов (32,7%) заявили, что не нарушали закон, но неоднократно имели выраженное желание совершить противоправное действие (чаще – кражу или грабёж) для решения возникших вследствие азартной игры финансовых проблем. Следует отметить, что приведенная информация получена от самих пациентов и членов их семей, поэтому закономерна поправка в сторону увеличения частоты противоправных действий пациентов. В целом, из обследуемой группы 12 человек (8,0%) ранее были осуждены за преступления, причинно-следственно связанные с игровой зависимостью. Разительный контраст частоты совершения противоправных деяний и осуждения свидетельствует о том, что львиная доля правонарушений остается в сфере латентной преступности, ведущей причиной чего является протекторат семьи.

Виктимность расстройства отражена следующими данными. Высокий риск стать жертвой противоправного деяния имел каждый четвертый обследуемый (24,7%). Так, 11 человек (7,3%) находились в самоизоляции в связи с

активным поиском, который осуществляли кредиторы (часто с использованием негосударственных организаций, специализирующихся на возвращении долгов). При этом, как правило, они подвергались угрозе убийства или причинением тяжкого вреда здоровью. Один пациент постоянными угрозами и шантажом был доведен до самоубийства. Избиению подвергались 4,7% обследуемых; вымогательству – 16,0%.

При изучении суицидогенности игровой зависимости использовалась Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (Posner К. и соавт., 2003). Она предусматривает отдельное описание суицидальных идей и действий. Полученные результаты приведены в таб. 2 и 3.

Таким образом, почти половина обследованных больных ИЗ (n=64) в различные периоды времени имела суицидальные идеи. В большинстве случаев это было «желание умереть или перестать жить» (26,0%) и общие неспецифические мысли о желании покончить с собой (9,3%). В 7,3% случаев суицидальные мысли содержали проработку способа и плана действий.

Таблица 3

Суицидальные действия при игровой зависимости

| Вид суицидальных действий | Описание | Частота (n=150) | |
|------------------------------------|---|-----------------|-----|
| | | n | % |
| Истинная попытка самоубийства | Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный с желанием умереть в результате данного акта | 2 | 1,3 |
| Прерванная попытка самоубийства | Действие, потенциально направленное против самого себя, прерванное по причине внешних обстоятельств (иначе бы произошла истинная попытка) | 4 | 2,6 |
| Остановленная попытка самоубийства | Действие, потенциально направленное против самого себя, остановленное самим человеком до фактического начала аутодеструкции | 5 | 3,3 |

У всех 64 пациентов суицидальные идеи возникали в связи с ассоциированными с азартной игрой проблемами (финансовыми,

семейными, социальными или, реже – экзистенциальными); как правило, они отмечались в послеэпизодном периоде. Сохранялись они от 1 до 12 дней (в среднем, 3,4±2,2 дня). У большинства пациентов они сохранялись на протяжении нескольких (в среднем, 2,3±1,1) часов в день и были контролируемы. Основным сдерживающим фактором являлся «страх потерять все, никогда больше не испытать удовольствия». Основанием суицидальных идей большинство (64,1%) пациентов назвали желание в равной степени привлечь внимание и добиться отклика других идей и прекратить душевную боль. У 28,1% пациентов основанием было желание привлечь внимание, у 7,8% – исключительно стремление прекратить душевную боль.

В более традиционном для отечественного подхода виде [5] суицидальные попытки можно типировать следующим образом. Шесть (4,0%) пациентов совершили суицидальные попытки: 4 (2,7%) – демонстративно - шантажные, 2 (1,3%) – истинные (один из них был доведен до самоубийства угрозами кредиторов). Из 6 попыток 1 привела к завершённому суициду.

Полученные данные убедительно доказывают высокую криминогенность, виктимность и суицидогенность игровой зависимости, что позволяет это расстройство считать высокозначимым не только в медицинском, но и социальном, правовом планах.

Заключение.

Существенной частью феномена болезни при игровой зависимости является компульсивное (т.е. по силе сопоставимое с витальными) влечение, мощное, малоподвластное воле, практически без борьбы мотивов. Это влечение направлено на удовлетворение потребности в азартной игре, для обеспечения которой нужны денежные средства. Стремление добыть их (в сочетании с личностными изменениями) подталкивает к совершению преступных деяний: краже, мошенничеству, растрате, угону автомобиля, незаконному получению кредита и уклонению от погашения задолженности. Однако этим механизмом весь спектр криминогенности при игровой зависимости не определяется. Ряд преступлений против личности (умышленное причинение вреда здоровью, убийство) совершен страдающими ИЗ пациентами в ситуациях, когда в силу разных причин окружающие пытались воспрепятствовать реализации патологического влечения, или после

проигрыша. В обоих случаях у пациентов развивалось выраженное дисфорическое состояние с высокой опасностью агрессивных действий.

Виктимность при игровой зависимости во многом связана с громадной задолженностью пациентов (ими проигрывались суммы, в десятки и сотни раз больше дохода за тот же период). Невозможность (а зачастую и нежелание) отдавать долги приводили к возрастанию активности кредиторов, которые, после безуспешных попыток вернуть деньги, могли обращаться в полукриминальные организации, специализирующиеся на решении подобных проблем. Так, один из обследованных пациентов более месяца находился в вынужденной изоляции, пока его родственники собирали деньги для возвращения крупного долга.

Игровая зависимость характеризуется высокой суицидальной опасностью. Большинство суицидальных попыток имеет демонстративно-шантажный характер и служит способом получить очередную финансовую помощь родных или снять выраженное напряжение, возникшее в отношениях. Истинные суицидальные действия обусловлены накопившимися проблемами, тяжелой социальной, семейной, профессиональной дезадаптацией, которые являются мощным депрессогенным фактором.

Криминогенность, виктимность и суицидогенность ИЗ, являясь значительной юридической, социальной и медицинской проблемой, требует особого внимания. Ее решение возможно только в русле создания эффективной индивидуальной, комплексной помощи страдающим ИЗ пациентам.

Выводы.

1. Игровая зависимость характеризуется высокой криминогенностью (с риском совершения преступлений как против собственности, так и против личности), виктимностью и суицидальной опасностью.

2. Криминогенность и виктимность игровой зависимост обусловлены продуктивными (синдром зависимости) и негативными (личностными) изменениями, возникающими и нарастающими в процессе развития расстройства.

3. Большая часть правонарушений, совершенных больными игровой зависимостью, остается в сфере латентной преступности, ведущей причиной чего является протекторат семьи.

4. Криминогенность, витимность и суицидогенность игровой зависимости, являясь значительной юридической, социальной и медицинской проблемой, требует особого внимания. Ее решение возможно только в русле создания эффективной индивидуальной, комплексной помощи страдающим игровой зависимостью пациентам.

Литература:

1. Андреев А.С, Ковалев А.И., Бухановский А.О. и др. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход // Материалы 3-й Международной конф. «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 252-262.
2. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг : клиничко-патогенетические аспекты // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 5. – С. 35-43.
3. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Психопатология расстройств у зависимых от игры // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 356-357.
4. Менделевич В.Д. От наркологии к аддиктологии // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 357.
5. Перехов А.Я. Суицидальная опасность. Метод. Рекомендации. – М., 2005. – 24 с.
6. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М., Медицина, 1994. – 554 с.
7. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. Руководство. – М., МЕДпресс-информ., 2006. – 720 с.
8. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. О комплексном клиничко-психологическом подходе к игровой зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 378.
9. Щеглов Ф.Г. Игровая зависимость : рецепты удачи для азартных игроков. – СПб.: Речь, 207 – 448с.
10. Custer R.L. Profile of path. Gambler // J. Clin. Psychiatr. – 1984. – Vol. 45. – P. 35-38.
11. Frank M.L., Lester D., Wexler A. Suicidal behavior members of Gamblers Anonymous // J. Gambling Studies. 1991. – P. 249-254.
12. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers // J. Subst. Abuse Treatment. – 2003. – Vol. 25, № 4. – P. 263-270.
13. Ledgerwood D.M., Weinstock J., Morasco B.J., Petry N.M. Clinical features and treatment prognosis of pathological gamblers with and without recent gambling-related illegal behavior // The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. – 2007. – Vol. 35, № 3. – P. 294-301.

14. Lesieur H.R., Anderson C. Results of a survey of gamblers anonymous members in Illinois // Illinois council on problem of path gambling, 1995. – P. 171-178.
15. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // J. Nerv. Ment. Dis. – 2002. – Vol. 190, № 7. – P. 462-469.
16. Potenza M.N., Steinberg M.A., McLaughlin S.D. et al. Illegal behavior in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2000. – № 28. – P. 389-403.
17. Thompson W.N., Gazel R., Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin // Wisconsin Policy Research Institute Report. – 1996. – Vol. 9, № 6. – P. 1-44.
18. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States // J. Gambling Studies. – 1996. – № 12. P. 111-128.

COMPULSIVE GAMBLING: CRIMINOLOGICAL, VICTIMOLOGICAL AND SUICIDOLOGICAL ASPECTS

V.A. Soldatkin, D.CH. Mawani, A. Dyachenko

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don Medical Center "Phoenix", Rostov-on-Don, Russia

In order to study the clinic picture of pathological gambling (PG) in its criminological, victimological and suicidological aspects, there have been examined 150 patients, suffering from this disorder (135 men and 15 women). It has been ascertained that PG characterizes as highly criminogenic, in this connection increases the risk committing crimes against both - oneself and against personality, and it also characterizes as significant victimogenic. These criminogenic, victimogenic and suicidogenic characteristics in PG are due to productive (dependence syndrome) and negative (personality) changes, occurring and increasing during the disorder development process.

Key words: dependence, pathological gambling, nonchemical dependence, criminological, victimological and suicidological aspects.

УДК 616.89-008.441-055.2

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН (обзор литературы)

В.В. Васильев

Ижевская государственная медицинская академия

Контактная информация:

Васильев Валерий Витальевич, д.м.н, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская ГМА» Минздравсоцразвития России, тел.: (4312) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru

В обзоре на основании анализа 75 литературных источников приводятся современные научные представления о суицидальном поведении женщин. Рассматриваются проблемы распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток в женском населении, типичных социально-демографических и медицинских характеристик суициденток, характерных для женщин факторов суицидального риска, особенностей способов и обстоятельств суицидальных действий женщин.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, женщины.

Представленные в современной научной литературе сведения о суицидальном поведении женщин носят разрозненный характер и освещают лишь отдельные аспекты проблемы, тогда как полномасштабных и всеобъемлющих исследований в данной области, насколько удалось установить, до сих пор не проводилось. В настоящем обзоре обобщаются данные литературы по рассматриваемому вопросу с целью формирования целостной картины имеющихся на сегодняшний день представлений о суицидальном поведении женщин.

Распространенность завершенных суицидов в женской популяции, безусловно, подвержена географическим и национальным колеба-

ниям, однако, проведенные в последние годы исследования позволяют в некотором приближении оценить среднемировой уровень этого явления. Так, по данным Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире [13], средняя частота завершенных суицидов среди женщин в 53 странах мира, имеющих полноценную статистику, в 2001 году составила 6,8 на 100000 женского населения. В нашей стране показатель распространенности женских самоубийств превышает среднемировой: согласно данным Федеральной службы государственной статистики [12], частота суицидов среди российских женщин в 2006 году составила 9,5 на 100000 женского населения. Уровень женских

самоубийств в большинстве стран мира, включая нашу страну, существенно уступает уровню мужских суицидов. Исключение в этом отношении составляет Китай, где сегодня, по данным А.Т. Cheng и С.-S. Lee [42], очень высок уровень самоубийств среди женщин, особенно среди молодых женщин, проживающих в сельской местности. В то же время, конкретные различия в частоте совершения самоубийств мужчинами и женщинами оцениваются в литературе неодинаково. Согласно Доклада ВОЗ [13] соотношение числа покончивших с собой мужчин и женщин составляет 3,5 : 1. По данным же многочисленных выборочных исследований, число мужских суицидов, приходящихся на один женский суицид, колеблется от 3 до 8 [4, 5, 14, 26, 32, 38]. Причина столь существенных расхождений, по-видимому, заключается в различиях исследуемых выборок по таким характеристикам как место жительства (город, село), этнические и культуральные особенности, а также разные временные периоды проведения исследований. На значение последнего фактора обращает внимание Д. Богоявленский [3], который, проанализировав динамику распространенности суицидов в нашей стране на протяжении длительного периода времени, установил, что в годы общего снижения уровня самоубийств разрыв между числом мужчин и числом женщин среди самоубийц сокращается до 3 раз, а в годы подъема возрастает до 5 раз. Соотношение мужских и женских суицидов во временном аспекте рассматривается и в исследовании Б.А. Войцеховича и А.Н. Редько [9], указывающих, что на протяжении многих лет в нашей стране отмечалась тенденция к изменению соотношения полов самоубийц в сторону все большего преобладания мужчин. В то же время, несмотря на более низкий уровень смертности от самоубийств среди женщин, суициды составляют у них существенно более высокую долю от всех случаев насильственной смерти, чем у мужчин [66]. Кроме того, в отдельных публикациях сообщается о более высокой частоте самоубийств среди девушек-подростков по сравнению с юношами соответствующего возраста [21, 66, 24].

Приводимые в литературе сведения, относительно распространенности среди женщин суицидальных попыток, являются менее точными в силу сложности статистического учета данной формы суицидального поведения и от-

сутствия в большинстве регионов официальной системы регистрации суицидальных покушений. Определенную ясность в данный вопрос могут внести выборочные эпидемиологические исследования. Так, приводимые в монографии В.Ф. Войцеха [6] данные о частоте суицидальных покушений среди женского населения г. Москвы за 1998 год колеблются в диапазоне от 15,0 до 105,9 на 100000, в зависимости от возрастной группы (с возрастом частота суицидальных попыток, не приведших к летальному исходу, у женщин снижается). И.В. Журавлева и соавт. [15] сообщают, что средняя частота суицидальных попыток среди жительниц г. Иваново достигает 110,7 на 100000 женского населения, причем в возрастной группе 14-29 лет этот показатель составляет 241,8, а в возрастной группе 30 и более лет – 81,8.

Данные литературы о соотношении частоты суицидальных попыток среди женщин и среди мужчин на сегодняшний день выглядят достаточно противоречиво. Так указывается, что в нашей стране частота суицидальных попыток среди женщин превосходит соответствующий показатель для мужчин [32]. Согласно сообщению А. Schmidtke и соавт. [70], частота суицидальных попыток среди женщин выше, чем среди мужчин и в большинстве стран Европы, за исключением Финляндии. Касаясь суицидального поведения подростков, L. Kotila и J. Lonnqvist [56] сообщают, что среди подростков девочки также совершают суицидальные попытки чаще мальчиков. В то же время, конкретные данные по вопросу соотношения частоты суицидальных попыток, совершаемых мужчинами и женщинами, у разных авторов существенно расходятся. Например, по сообщению С.В. Ваулина [5] женщины совершают суицидальные попытки чаще, чем мужчины в 1,4 раза. В американском руководстве по психиатрии под редакцией Р. Шайдера [23] указывается, что частота суицидальных попыток среди женщин в 2-3 раза выше, чем среди мужчин. Еще более высокую цифру приводят Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок [17], сообщающие, что на одну мужскую суицидальную попытку приходится четыре женских. Близкие данные содержатся и в статье Л.Н. Касимовой [18], установившей, что мысли о самоубийстве и попытки покончить с собой у женщин в общей популяции населения крупного промышленного города встречаются почти в 4 раза чаще, чем у мужчин. С другой стороны, ряд авторов со-

общают о практическом равенстве частоты суицидальных попыток среди женщин и среди мужчин [1, 45]. Наконец, по мнению В.Ф. Войцеха и А.С. Христо [8], мужчины преобладают среди лиц, совершающих суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, а женщины – среди трезвых суицидентов.

В ряде научных публикаций рассматриваются характерные для женщин факторы суицидального риска (демографические, клинические, личностно-психологические и др.). Касаясь роли в качестве такого фактора возраста индивида, В.Ф. Войцех [6] сообщает о том, что с возрастом суицидальный риск у женщин неуклонно повышается, достигая своего максимума после 75 лет. Близкие данные приводят А.В. Голенков и Е.В. Кашина [11], отмечающие, что возрастной пик частоты женских суицидов как в городе, так и на селе приходится на возраст 70 лет и старше. По мнению И.Б. Бойко [4], самым суицидоопасным возрастом для женщин является период 60-69 лет, а самым благополучным в смысле суицидального риска – 14-20 лет. Еще ряд авторов указывают, что у женщин максимум суицидального риска приходится на возраст 60 лет и старше [3, 26]. Однако ряд сообщений расходится с перечисленными данными. Так, М. Rezaeian [66], исследовавший женские суициды на модели Восточносредиземноморского региона, утверждает, что максимальные показатели частоты самоубийств у женщин отмечаются в возрасте 15-29 лет. По мнению же Г.В. Старшенбаума [30], наиболее высокий риск заверщенного суицида у женщин имеет место в возрасте 40-45 лет в связи с утратой в этом возрасте прежней сексуальной привлекательности. Тем не менее, можно утверждать, что большинство исследователей придерживаются мнения, согласно которому наиболее высокий суицидальный риск у женщин отмечается в пожилом и старческом возрасте.

Рядом исследователей анализируется влияние на величину суицидального риска семейного статуса женщины. Так, В.Ф. Войцех [7] сообщает, что незамужние женщины совершают повторные суицидальные попытки чаще мужчин-холостяков, а М.Е. Heikkinen и соавт. [51] подчеркивают особую роль вдовства как фактора суицидального риска для женщин в возрасте 60-69 лет. Рассматривая в качестве фактора суицидального риска место жительства индивида, А.В. Голенков и Е.В. Кашина [11] указывают на более высокую частоту суи-

цидов среди жительниц сельской местности в сравнении с горожанками в нашей стране.

В качестве факторов суицидального риска для женщин в литературе рассматриваются и экономические факторы, такие как низкий уровень дохода и безработица. В частности, D.E. Kalist и соавт. [54] сообщают, что женщины, совершающие суицидальные попытки, имеют средний уровень дохода на 13% ниже среднего уровня дохода в женском населении в целом. На высокую частоту суицидальных мыслей у женщин с низким уровнем дохода указывают и L. Stallones и соавт. [72]. В качестве факторов, повышающих вероятность суицидального поведения у данной категории женщин, авторы выделяют эмоциональные трудности, злоупотребление психоактивными веществами, физические повреждения и наличие в прошлом ареста. М. Rezaeian [66] сообщает, что женщины в странах с более низким уровнем жизни имеют более высокие показатели частоты самоубийства во всех возрастных группах, по сравнению со странами с высоким уровнем жизни. К. Hawton и соавт. [50] установили, что частота суицидов среди безработных женщин в 7,5-10,9 раз выше, чем среди работающих. Особенно высок, по данным этих авторов, показатель суицида у женщин, не имеющих работы более года.

Рассматривая в качестве фактора суицидального риска профессиональный статус индивида, I.H. Makinen и D. Wasserman [58] сообщают, что высокие уровни суицидов характерны для женщин с наиболее высоким и наиболее низким профессиональным статусом (определяемым по уровню квалификации и служебному положению), тогда как низкие показатели суицидов характерны для женщин, занимающих средние по профессиональному статусу позиции. Этим, по сведениям авторов, женщины отличаются от мужчин, среди которых частота суицидов наиболее низка у лиц с наиболее высоким профессиональным статусом и наиболее высока – у лиц с самым низким профессиональным статусом. E. Frank и A.D. Dingle [46] обращают внимание на высокую частоту суицидальных попыток среди женщин-врачей.

Отдельные исследователи сообщают о крайне высоком уровне суицидальной активности среди женщин, находящихся в заключении. Так, A.L. Chapman и соавт. [41], выявили суицидальные покушения у 38,1% обследованных заключенных женского пола. Еще более

высокие цифры приводят M.S. Daigle и G. Cote [45], установившие наличие суицидальных попыток у 40,8% женщин из данного контингента, причем этот показатель оказался существенно более высоким, чем у аналогичной категории мужчин, среди которых частота суицидальных покушений составила 16%.

В значительном числе публикаций анализируются клинические факторы суицидального риска для женщин. Главная роль среди них отводится психической патологии. По мнению P. Qin и соавт. [65], для женщин психические расстройства являются даже более важным фактором суицидального риска, чем для мужчин, а по данным М.П. Соколова [29], у женщин, совершающих суицидальные попытки, психопатологические мотивы суицидального поведения встречаются в 53,4% случаев, и это более чем на 10% чаще, чем у мужчин. Более того, в ряде публикаций сообщается о том, что среди лиц, страдающих психическими расстройствами, в отличие от общей популяции, частота самоубийств у женщин, по сравнению с мужчинами, выше [2, 31]. Дифференцированные данные относительно влияния психической патологии на суицидальный риск у женщин получены К.Ю. Сливко [28]. Согласно результатам проведенного им исследования, низкий суицидальный риск характерен для женщин, не имеющих психических расстройств и злоупотребляющих психоактивными веществами; средний – для женщин с аффективными расстройствами; высокий – для женщин с эндогенными и органическими психическими расстройствами.

Среди различных клинических форм психических расстройств основное значение в качестве фактора суицидального риска для женщин исследователи отводят аффективным расстройствам. В ряде публикаций сообщается о высокой распространенности депрессий среди суициденток. Так, T. Kanchan и R.G. Menezes [55], изучая завершённые суициды посредством отравления в Южной Индии, установили, что на момент совершения суицида в состоянии клинически очерченной депрессии находились 27,8% исследуемых женщин. При этом важно отметить, что частота встречаемости депрессии среди суициденток женского пола оказалась более чем в два с половиной раза выше, чем среди аналогичной категории мужчин. Еще более высокие показатели распространенности депрессии среди суициденток

приводят В.Г. Остроглазов и М.А. Лисина [20], выявившие клинически очерченный депрессивный синдром у 90,0% женщин, госпитализированных после суицидальных попыток в реанимационное отделение НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. И в этом исследовании депрессия у суициденток женского пола встречалась существенно чаще, чем у аналогичной категории мужчин, среди которых авторы выявили депрессивный синдром лишь в 62,1% случаев. Следует, однако, учитывать тот факт, что авторами рассматривались только случаи тяжелых суицидальных покушений, потребовавших госпитализации в реанимационное отделение, чем, видимо, и объясняются полученные в данном исследовании столь высокие показатели распространенности депрессии среди исследуемого контингента.

В отдельных исследованиях анализируется частота встречаемости суицидального поведения среди женщин, страдающих аффективными расстройствами. Так, А.Е. McHolm и соавт. [60] выявили суицидальные попытки у 23,9%, а суицидальные мысли – у 55,6% исследованных женщин с большой депрессией. По данным же В.Ф. Войцеха [7], формирование у женщин выраженной депрессивной симптоматики является специфическим фактором риска совершения ими повторных суицидальных попыток.

Несмотря на имеющиеся в литературе указания на более высокую частоту суицидов среди женщин в популяции психически больных в целом, частота завершённых суицидов среди женщин, страдающих таким суицидоопасным заболеванием как шизофрения, по-видимому, существенно ниже, чем среди аналогичной категории мужчин. Об этом свидетельствуют данные D. Lester [57], согласно которым погибают от самоубийств лишь 0,2% страдающих шизофренией женщин, тогда как для аналогичной категории мужчин этот показатель равен 0,5%. В то же время, среди психически больных женщин распространены другие суицидоопасные психические расстройства, такие как нервная анорексия, нервная булимия, дисморфофобическое расстройство и инволюционные психозы. На высокую суицидоопасность нервной булимии обращают внимание M. Corcos и соавт. [44], сообщающие, что частота суицидальных попыток среди обследованных ими 295 женщин, страдающих данным расстройством, составила 27,8%, при этом попытки часто были серьезными или многократ-

ными. Авторы отмечают, что женщины - суицидентки с нервной булимией отличаются от не-суициденток с тем же расстройством большей выраженностью депрессивных расстройств и импульсивности. Особое внимание обращают на себя результаты исследования J.M. Holm-Denoma и соавт. [52], согласно которым самоубийство является ведущей причиной смертности больных нервной анорексией. Ю.В. Попов и В.Д. Вид [22], касаясь суицидоопасности данного расстройства, отмечают, что больные булимической его формой отличаются большей склонностью к суицидальному поведению, чем больные рестриктивной формой. К.А. Phillips и соавт. [64], исследовав 200 человек с дисморфобическим расстройством, установили, что суицидальные мысли имели место у 78,0% из них, а суицидальные попытки – у 27,5%. При этом само дисморфобическое расстройство было первичной причиной 70,5% случаев суицидальных мыслей и почти половины суицидальных попыток у обследуемых. Ю.Ф. Чуев [33], анализируя суицидальное поведение женщин, страдающих инволюционной депрессией, отмечает, что данное заболевание характеризуется высокими показателями суицидального риска и истинностью суицидальных намерений, использованием больными наиболее насильственных, потенциально летальных способов суицида, высокой вероятностью повторных покушений и завершенного суицида.

В отдельных публикациях в качестве наиболее значимого психопатологического фактора риска суицидальной попытки для женщин рассматриваются расстройства личности. По этому поводу U. Asgard [36] сообщает, что личностными расстройствами страдает 14% женщин, погибающих от самоубийств. Н.М. Ситченко [27], изучая особенности суицидального поведения женщин, страдающих различными формами психопатий, указывает, что наибольшая суицидальная активность отмечается у лиц с истерической и возбудимой психопатиями, сравнительно реже имеют место суицидальные попытки у женщин с психастеническим и шизоидным радикалами личности. В зарубежной литературе особенно высоко оценивается суицидальный риск для женщин, страдающих такими вариантами личностных расстройств, как выделяемые в рамках американской классификации DSM анти-социальное и пограничное расстройства личности [41].

Еще в ряде публикаций сообщается о большом значении, в качестве фактора суицидального риска для женщин, злоупотребления психоактивными веществами или зависимости от них. Однако сведения по данному вопросу на сегодняшний день отличаются разнородностью и противоречивостью. Так, U. Asgard [36] сообщает, что 12%, погибающих от самоубийств женщин, злоупотребляют наркотиками и алкоголем. Еще более высокие показатели приводит G.E. Murphy [63], по мнению которого половину всех женщин-суициденток составляют больные алкоголизмом. S.E. Ullman и L.R. Brecklin [74] рассматривают алкогольную зависимость в ряду наиболее значимых факторов суицидального риска для женщин, а E. Frank и A.D. Dingle [46] указывают на курение, злоупотребление алкоголем или алкогольную зависимость как на важные факторы суицидального риска для врачей женского пола.

Анализируя влияние наследственности на величину суицидального риска у женщин, ряд авторов сообщают о том, что наличие суицидов и аффективных расстройств в семейном анамнезе существенно повышает у них вероятность самоубийства [46, 58]. В то же время, на сегодняшний день роль наследственности в формировании суицидального поведения, в том числе и у женщин, остается изученной недостаточно и требует дальнейших исследований.

В значительном числе публикаций затрагиваются психологические факторы суицидального риска у женщин. В частности, исследование M.S. Daigle и G. Cote [45] показало, что женщины с суицидальным поведением отличаются от женщин без такового более высоким уровнем таких психологических свойств, как агрессивность и импульсивность. С этим результатом перекликаются данные K.R. Conner и соавт. [43], по мнению которых склонность к агрессивному поведению в качестве предвестника самоубийства для женщин даже более значима, чем для мужчин. На основании исследования особенностей суицидального поведения женщин в Китае J. Zhang и H. Xu [75] утверждают, что суицидальные намерения женщин тем сильнее, чем выше у них степень религиозности и суеверия. R.D. Goldpey [47] в своем исследовании опровергает распространенное мнение о том, что среди молодых женщин, совершающих суицидальные попытки, преобладают лица с истерическими чертами. Сравнив личностные особенности

молодых женщин, совершивших суицидальные попытки, с личностными особенностями аналогичной категории женщин без суицидальных попыток, автор обнаружил, что частота встречаемости истерических личностей среди суициденток была ниже, чем в группе сравнения. S.S. Canetto и D. Lester [40] подчеркивают значение гендерных психологических стереотипов для формирования суицидального поведения. По мнению авторов, люди отвечают на стресс особым образом (убивают себя, пассивно переносят ситуацию или сражаются) в зависимости от того, считают ли они данную форму поведения соответствующей своей роли мужчины или женщины.

Многими исследователями большое значение в формировании суицидального поведения у женщин придается перенесенному ими в прошлом физическому, эмоциональному или сексуальному насилию. Так, S.E. Ullman и L.R. Brecklin [74] установили, что частота суицидальных попыток среди женщин, перенесших сексуальное насилие в детстве или во взрослом возрасте, существенно выше, чем среди женщин, не подвергавшихся сексуальному насилию. С этими результатами перекликаются данные E. Frank и A.D. Dingle [46], называющих в числе факторов суицидального риска для женщин-врачей сексуальное насилие в анамнезе. P.L. Anderson и соавт. [34], изучая связь между наличием физического, эмоционального или сексуального насилия в детстве и вероятностью суицидального поведения во взрослом возрасте у афро-американских женщин с низким уровнем дохода, установили, что в сравнении с женщинами, не подвергавшимися в детстве ни одному из видов насилия, женщины, которые подвергались в детстве одной, двум или трем из изучаемых форм насилия, имели вероятность суицидальной попытки выше в 1,83 раза, 2,29 раза, или 7,75 раз соответственно. Кроме того, женщины, подвергавшиеся в детстве всем трем формам насилия, по данным авторов, имели достоверно более высокую вероятность суицидальной попытки, чем женщины, подвергавшиеся только двум формам насилия. A. Roy и M. Janal [68] склонны считать даже, что более высокая частота суицидальных попыток у женщин, в сравнении с мужчинами, может быть частично приписана большей распространенности неправильного сексуального обращения в детстве (сексуального насилия, развратных действий) по отно-

шению к девочкам, чем по отношению к мальчикам.

З.Р. Зулкарнеева [16], исследуя суицидальное поведение женщин, ставших жертвами изнасилования, выделяет у них четыре разновидности суицидоопасных реакций: острые аффективные реакции, приводящие к суицидальному поведению в первые часы или дни после изнасилования; отставленные аффективные реакции с суицидальными действиями, реализующимися спустя несколько месяцев после изнасилования; протрагированные аффективные реакции с поздно реализующимися суицидальными действиями; демонстративно-шантажное суицидальное поведение.

В исследовании K. Skegg и соавт. [71] проанализировано влияние направленности сексуального влечения женщины на уровень суицидального риска. Авторами сообщается, что у женщин с гомосексуальным влечением риск суицидальных мыслей и попыток примерно в 3 раза выше, чем у женщин с гетеросексуальным влечением, при этом вероятность суицидальной попытки тем выше, чем выше степень выраженности гомосексуального влечения. Данный результат, безусловно, представляется весьма интересным, требует дальнейших исследований для своего разъяснения, поскольку не вполне ясно, определяется ли повышенный суицидальный риск у гомосексуалисток особенностями их сексуального поведения и связанными с этим проблемами, либо в его основе лежат сопутствующие психологические особенности или психопатологические расстройства, присущие данной категории женщин.

E. Vaca-García и соавт. [37] сообщают, что частота суицидов у женщин в первую неделю менструального цикла существенно выше, чем в остальные его недели. Данный факт также требует дальнейших исследований для своего разъяснения, хотя наиболее вероятной здесь, безусловно, представляется версия о влиянии гормональных колебаний на эмоциональное состояние женщины. В исследовании D.B. Sarwer [69] рассматривается такой экзотический и специфически женский фактор суицидального риска, как применение косметического оперативного увеличения молочных желез. Автор сообщает, что частота суицидов у женщин, подвергшихся данной операции, в три-четыре раза превышает среднестатистический уровень. В то же время, и в этом случае пока не ясно, обусловлен ли повышенный суицидаль-

ный риск у рассматриваемой категории женщин последствиями самой операции, или он является результатом личностно - психологических особенностей, изначально присущих женщинам, идущим на увеличение молочных желез.

Е.Т. Isometsa и J.K. Lonnqvist [53], касаясь такого общепризнанного фактора суицидального риска как наличие суицидальных попыток у индивида в анамнезе, сообщают, что для женщин данный фактор имеет большее значение, чем для мужчин. R. Meares и соавт. [61], изучая сезонные колебания уровня суицидов, обнаружили, что у женщин эти колебания имеют полугодовую цикличность, в отличие от мужчин, у которых отмечается годовая цикличность данного показателя. Однозначного объяснения этому явлению на сегодняшний день нет, но в качестве рабочей гипотезы можно предполагать большую в сравнении с мужчинами роль аффективной патологии в формировании суицидального поведения у женщин, принимая во внимание, что аффективные расстройства, как известно, имеют два сезонных пика заболеваемости в течение года.

Наряду с исследованиями факторов суицидального риска, частью авторов анализируются характерные для женщин антисуицидальные факторы. Так, P. Qin и соавт [65] отмечают, что важным антисуицидальным фактором для женщин является наличие маленького ребенка. Рядом исследователей подчеркивается роль беременности как предохраняющего от самоубийства состояния. L. Appleby [35] сообщает, что беременность является для женщин периодом пониженного суицидального риска, а по данным P.M. Marzuk и соавт. [59] беременные женщины имеют в три раза более низкий риск самоубийства, чем не беременные женщины детородного возраста.

Определенное число исследований посвящено взаимному сопоставлению различных факторов суицидального риска у женщин, однако их результаты зачастую выглядят противоречивыми. Так, в исследовании R.D. Goldney [48] было обследовано 110 женщин в возрасте 18-30 лет, совершивших попытку самоубийства посредством медикаментозного отравления. Молодые женщины, попытки самоубийства которых привели к самому большому риску для жизни, по данным авторов чаще не состояли в браке, не злоупотребляли алкоголем, незадолго до суицидальной попытки обращались к психиатру, использовали при отравлении более

20 таблеток или капсул (чаще всего антидепрессантов), и отличались высокой степенью суицидальных намерений и безнадёжности. Кроме того, у них были отмечены тенденции к более высокому социально-экономическому статусу, меньшей подверженности насилию в прошлом, более частой встречаемости шизоидных черт личности и менее выраженному страху смерти. В исследовании A.L.Chapman и соавт. [41] была выявлена положительная корреляция наличия суицидальной попытки у женщин с такими факторами как расстройства личности, чувство безнадёжности, депрессия, неправильное физическое или эмоциональное обращение в детстве, отягощенность наследственности суицидами и аффективными расстройствами. В то же время, вероятность суицидальной попытки отрицательно коррелировала с уровнем дохода, наличием жизненных планов и сформированных навыков проблемно-решающего поведения.

В.М. Гилод [10] на контингенте пациенток кризисного стационара исследовал соотношение между факторами суицидального риска и степенью тяжести суицидального поведения. По данным автора, среди пациенток с суицидальными намерениями преобладали женщины с психастеническими или астеническими чертами характера, имевшие высшее или незаконченное высшее образование, работающие в сфере обслуживания; среди пациенток с самопорезами – женщины, имеющие детей, с высшим образованием, служащие; среди пациенток с самоотравлениями – женщины с астеническими, истерическими и возбудимыми чертами характера, имеющие образование не ниже среднего; среди пациенток с brutальными суицидальными попытками – одинокие женщины с истероэпилептоидными чертами характера, имеющие высшее или среднее специальное образование, служащие или обслуживающий персонал, имеющие органическое поражение головного мозга.

В ряде работ анализируются типичные для женщин способы суицидальных действий. По данному вопросу большинство исследователей сходятся во мнении о том, что выбираемые женщинами способы суицидов обычно являются более «мягкими» (т.е. менее агрессивными, калечащими и летальными), чем способы суицидов, к которым прибегают мужчины [10, 25, 67]. При этом в литературе можно встретить различные объяснения склонности женщин к более «мягким» способам суицида. Со-

гласно одному из них, женщины выбирают менее летальные способы суицида, чем мужчины, в силу того, что суицидальные попытки часто используются ими не с целью убить себя, а с целью повлиять на окружение или привлечь внимание к своим проблемам [49, 62]. Согласно другому объяснению, женщин в большей степени, чем мужчин заботит их внешний вид после смерти [19].

Еще одна группа исследований посвящена выявлению гендерных различий в факторах суицидального риска. Так, S. Stefanello и соавт. [73] в своем исследовании установили, что суициденты женского пола имеют худшие, в сравнении с суицидентами мужского пола, показатели по шкале материального благосостояния, шкале депрессии Бека и опроснику самообслуживания. В свою очередь, суициденты мужского пола чаще страдают психическими расстройствами, связанными с алкоголем, и чаще совершают суицидальные попытки на фоне алкогольного опьянения. В исследовании В.В. Ванда [39] рассмотрены половые различия в факторах риска суицидального поведения на примере бездомных военных ветеранов, злоупотребляющих психоактивными веществами. Установлено, что такие признаки, как перенесенное в детстве или взрослом возрасте физическое и сексуальное насилие, депрессия, тревога, проблемы во взаимоотношениях, недостаточная социальная поддержка и низкое чувство собственного достоинства оказались более значимыми в качестве факторов суицидального риска для женщин, а такие признаки, как степень злоупотребления психоактивными веществами, агрессивность, посттравматическое стрессовое расстройство и проблемы с работой – для мужчин. В.Ф. Войцехом [6] на модели пациентов кризисного стационара было проведено сравнение суицидентов мужского и женского полов по признаку зависимости их клинико-социальных характеристик от повторности суицидальной попытки. Установлено, что для женщин оказалась характерной более частая встречаемость таких характеристик, как отсутствие работы, конфликтные взаимоотношения в семье, соматические и психосоматические заболевания, гипотимия и нарушения сна в группе пациентов с повторными суицидальными попытками, тогда как у мужчин более частая встречаемость описанных признаков отмечалась в группе первичных суицидальных покушений.

Представленные в настоящем обзоре литературные данные при их обобщении позволяют сформулировать ряд положений, касающихся суицидального поведения женщин, которые можно считать на сегодняшний день установленными. Прежде всего, не вызывает сомнений тот факт, что женщины кончают с собой в несколько раз реже мужчин (исключение составляют подростки, относительно которых сведения до сих пор противоречивы). Суицидальные попытки, не заканчивающиеся летальным исходом, напротив, по-видимому, чаще совершаются женщинами, однако размер соотношения частоты женских и мужских суицидальных попыток до сих пор остается невыясненным. Наиболее общепризнанными из установленных на сегодня факторов суицидального риска для женщин являются пожилой возраст, низкий уровень дохода, наличие психического расстройства (в особенности аффективного расстройства или расстройства личности) и подверженность в прошлом (особенно в детстве) физическому, эмоциональному или сексуальному насилию. Характерными чертами суицидального поведения женщин являются особенно высокая значимость фактора психической патологии, превосходящая значимость этого фактора для суицидального поведения мужчин, и склонность к выбору более мягких, щадящих в сравнении с используемыми мужчинами, способов самоубийства, что, по-видимому, и является причиной более низкой суицидальной летальности женщин. В то же время, наряду с вышеперечисленными установленными положениями, в рассматриваемом явлении остается еще много неясного и спорного. Фактически, на сегодняшний день исследования, затрагивающие суицидальное поведение женщин, ставят больше вопросов, чем дают ответов, что говорит о необходимости дальнейшего научно-го поиска в данном направлении.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Гилод В.М. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 5. – С. 76 – 81.
2. Анискин Д.Б. Самоубийство как социально-психологическая проблема: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997.
3. Богоявленский Д. Российские самоубийства и российские реформы // Население и общество: Информационный бюллетень Центра демогра-

- фии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2001. – № 52. – С. 1-4.
4. Бойко И.Б. Суицид как социально-медицинская проблема в современном обществе и его предупреждение: Дис. ... докт. мед. наук. – Рязань, 1998.
 5. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997.
 6. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – С. 20-29.
 7. Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Том 12, № 3. – С. 14-21.
 8. Войцех В.Ф., Христо А.С. Взаимосвязь алкоголизации и суицидального поведения путем самоотравления // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб., 2005. – С. 134.
 9. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы // Здравоохранение РФ. – 1994. – № 1. – С. 23-25.
 10. Гилод В.М. Клинико-социальная и психопатологическая характеристика пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
 11. Голенков А.В., Кашина Е.В. Половозрастные закономерности распространения самоубийств // Психическое здоровье на рубеже веков. – Чебоксары, 2000. – С. 13-15.
 12. Демографический ежегодник России. – М.: Росстат, 2007. – 551 с.
 13. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание – новые надежды. – ВОЗ, 2001.
 14. Жариков Н.М., Иванова Е.А., Анискин Д.Б. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – Том 97, № 6. – С. 9-15.
 15. Журавлева И.В., Журавлева С.Л., Мягков А.Ю. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 16-26.
 16. Зулкарнеева З.Р. Суицидальное поведение у жертв сексуального насилия // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Том 2, № 3. – С. 102-104.
 17. Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер с англ. – М., 1994. – Том 2. – С. 18-30.
 18. Касимова Л.Н. Распространенность депрессивного синдрома в населении крупного промышленного города // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. – Москва – Хабаровск, 2000. – С. 15-19.
 19. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т.Б.Дмитриева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 290 с.
 20. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18-20.
 21. Положий Б.С., Лазебник А.И. Этнокультуральные особенности суицидального поведения у детей и подростков: Аналитический обзор. – М., 2002. – 20 с.
 22. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: «Экспертное бюро-М», 1997. – С. 237-238.
 23. Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – С. 212 – 221.
 24. Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д.Й. Самоубийство подростков: Пер. с сербск. – М.: М, 2000. – С. 116-117.
 25. Редько А.Н. Самоубийства как социально-гигиеническая проблема: Дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 1992.
 26. Рыбникова И.Л. Возрастной анализ и медико-психологические особенности суицидов различных групп населения мегаполиса (на примере Санкт-Петербурга): Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2002.
 27. Ситченко Н.М. Особенности суицидального поведения у женщин, страдающих психопатией: Дис. ... канд. мед. наук. – М. 1991.
 28. Сливко К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов: Дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2003.
 29. Соколов М.П. Социально-гигиенические особенности незавершенных суицидов в г. Красноярске и их профилактика: Дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2003.
 30. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: «Когито-Центр», 2005. – С. 346-354.
 31. Тихоненко В.А., Цупрун В.Е. Факторы суицидального риска в популяции больных психоневрологического диспансера // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 133-141.
 32. Фисик М.В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города: Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002.
 33. Чувев Ю.Ф. Особенности суицидального поведения у больных депрессиями инволюционного возраста: Дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1991.
 34. Anderson P.L., Tiro J.A., Price A.W. et al. Additive Impact of Childhood Emotional, Physical, and Sexual Abuse on Suicide Attempts among Low-

- Income African American Women // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2002. – Vol. 32, № 2. – P. 131-138.
35. Appleby L. Suicidal behaviour in childbearing women // *International Review of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 8. – P. 107-115.
 36. Asgard U. A psychiatric study of suicide among urban Swedish women // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. – Vol. 82, № 2. – P. 115-124.
 37. Baca-García E., Sánchez-González A. et al. Menstrual cycle and profiles of suicidal behaviour // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998. – Vol. 97, № 1. – P. 32-35.
 38. Beautrais A.L. Gender issues in youth suicidal behaviour // *Emergency Medicine Australasia*. – 2002. – Vol. 14, № 1. – P. 35-42.
 39. Benda B.B. Gender Differences in Predictors of Suicidal Thoughts and Attempts Among Homeless Veterans that Abuse Substances // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2005. – Vol. 35, № 1. – P. 106-116.
 40. Canetto S.S., Lester D. Gender and the primary prevention of suicide mortality // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 1995. – Vol. 25. – P. 58-69.
 41. Chapman A.L., Specht M.W., Cellucci T. Factors Associated with Suicide Attempts in Female Inmates: The Hegemony of Hopelessness // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2005. – Vol. 35, № 5. – P. 558-569.
 42. Cheng A. T., Lee C.-S. Suicide in Asia and the Far East // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. – 2000. – P. 121-135.
 43. Conner K.R., Cox C., Duberstein P.R. et al. Alcohol and Completed Suicide: A Case-Control Study // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158, Oct. – P. 1701-1705.
 44. Corcos M, Taïeb O., Benoit-Lamy S., Paterniti S. et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2002. – Vol. 106, № 5. – P. 381.
 45. Daigle M.S., Cote G. Nonfatal Suicide-Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36, N 6. – P. 670 – 681.
 46. Frank E., Dingle A.D. Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156, Dec. – P. 1887-1894.
 47. Goldney R.D. Are young women who attempt suicide hysterical? // *Br. J. Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138, Feb. – P. 141-146.
 48. Goldney R.D. Attempted suicide in young women: correlates of lethality // *Br. J. Psychiatry*. – 1981a. – Vol. 139, Nov. – P. 382-390.
 49. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour // *The British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 484-485.
 50. Hawton K., Fagg J., Simkin S. Female unemployment and attempted suicide // *Br. J. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 152, May. – P. 632-637.
 51. Heikkinen M.E., Isometsa E.T., Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Social factors in suicide // *Br. J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 167, Dec. – P. 747-753.
 52. Holm-Denoma J.M., Witte T.K., Gordon K.H. et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link // *J. Affect. Disord.* – 2007. – « Aug. – P. 28.
 53. Isometsa E.T., Lonnqvist J.K. Suicide attempts preceding completed suicide // *Br. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 173, Dec. – P. 531-535.
 54. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // *J. Ment. Health Policy Econ.* – 2007. – Vol. 10, № 4. – P. 177-187.
 55. Kanchan T., Menezes R.G. Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences // *J. Forensic Leg. Med.* – 2008. – Vol. 15, N 1. – P. 7 – 14.
 56. Kotila L., Lonnqvist J. Adolescent suicide attempts: Sex differences predicting suicide // *Acta psychiatr. Scand.* – 1988. – Vol. 77, № 3. – P. 264-270.
 57. Lester D. Sex Differences in Completed Suicide by Schizophrenic Patients: A Meta-Analysis // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2006. – Vol. 36, № 1. – P. 50-56.
 58. Makinen I.H., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // *Suicide – An unnecessary death*. – London, 2001. – P. 101-108.
 59. Marzuk P.M., Tardiff K., Leon A.C. et al. Lower risk of suicide during pregnancy // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154, Jan. – P. 122-123.
 60. McHolm A.E., MacMillan H.L., Jamieson E. The Relationship Between Childhood Physical Abuse and Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, May. – P. 933-938.
 61. Meares R., Mendelsohn F.A., Milgrom-Friedman J. A sex difference in the seasonal variation of suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women // *Br. J. Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138, Apr. – P. 321-325.
 62. Mosciki E.K. Gender differences in completed and attempted suicide // *Ann. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 4, № 2. – P. 152-158.
 63. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide // *Comprehensive Psychiatry*. – 1998. – Vol. 39. – P. 165-175.
 64. Phillips K.A., Coles M.E., Menard W. et al. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66, № 6. – P. 717-725.
 65. Qin P., Agerbo E., Westergaard-Nielsen N. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark //

- British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 546-550.
66. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000 // East. Mediterr. Health J. – 2007. – Vol. 13, № 4. – P. 953-960.
67. Rich C.L., Ricketts J.E., Fowler R.C., Young D. Some differences between men and women who commit suicide // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145, Jun. – P. 718-722.
68. Roy A., Janal M. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? // Suicide and Life Threatening Behavior. – 2006. – Vol. 36, № 3. – P. 329-335.
69. Sarwer D.B. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation // Plast. Reconstr. Surg. – 2007. – Vol. 120, № 7. – P. 110-117.
70. Schmidtke A., Bille Brahe U., De Leo D. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1996. – Vol. 93. – P. 327-338.
71. Skegg K., Nada-Raja S., Dickson N. et al. Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, Mar. – P. 541-546.
72. Stallones L., Leff M., Canetto S.S., Garrett C.J., Mendelson B. Suicidal ideation among low-income women on family assistance programs // Women Health. – 2007. – Vol. 45, № 4. – P. 65-83.
73. Stefanello S., Cais C.F., Mauro M.L. et al. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2007. – Dec. – P. 20.
74. Ullman S.E., Brecklin L.R. Sexual Assault History and Suicidal Behavior in a National Sample of Women // Suicide and Life Threatening Behavior. – 2002. – Vol. 32, № 2. – P. 117-130.
75. Zhang J., Xu H. The effects of religion, superstition, and perceived gender inequality on the degree of suicide intent: a study of serious attempters in China // Omega. – 2007. – Vol. 55, № 3. – P. 185-197.

SUICIDAL BEHAVIOR OF WOMEN

V.V. Vasiliev

Ijevsk State Medical Academy, Russia

In the review on the basis of the analysis of 75 references modern scientific representations about suicide behavior of women are reported. Problems of epidemiology of complete suicide and suicide attempts in the female population, typical social-demographic and medical characteristics of suicidal women, suicide risk factors for women, features of methods and circumstance of women's suicide actions are considered.

Key words: suicide, suicide behavior, women

УДК 616.891-099.11-055.1:316.812.1

ЭПИСКРИПТ КАК ВАРИАНТ ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ ДИНАМИКИ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПАТТЕРНОВ В СЕМЬЯХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Н.Н. Васяткина

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России, тел.: (491)275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru
Шустов Дмитрий Иванович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России
Васяткина Наталья Николаевна – ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России

Статья посвящена изучению такого сценарного механизма как эпискрипт, встречающегося в семьях больных алкогольной зависимостью, его отношения к «внутрисемейным» аутоагрессивным паттернам. Описана динамика отношений в алкогольном браке с учетом дрейфа аутоагрессивных паттернов поведения и изменения наркологических характеристик основного заболевания. Предложены клинические варианты развития эпискрипт-модели семейных отношений. Описанные особенности помогут более гибко строить терапевтическую программу коррекции зависимого и созависимого состояний.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, семья больного алкогольной зависимостью, созависимость, эпискрипт.

Семьи больных алкоголизмом, в последнее время, являются предметом пристального внимания со стороны широкого круга исследователей различных специальностей. В контексте автоагрессии сама алкогольная зависимость и связанная с ней проблематика считается ярким проявлением аутодеструктивного поведения [5, 9], а неблагоприятный статус жен в подобных браках (в том числе, аутоагрессивные феномены) объясняется патогенным влиянием алкоголизма мужа, что описано в рамках созависимого состояния [1-3, 7]. Однако существуют определенные клинические ситуации, когда данная модель не способна объяснить происхождение и динамику аутоагрессии у членов рассматриваемых семей. Наиболее любопытным вариантом таковой является семейная система, функционирующая в рамках модели эпискрипта (термин, впервые использованный F. English [6] в рамках транзактного анализа).

Феномен эпискрипта знаком практически всем с детства, так как он находит свое отображение во многих мифах, сказаниях, произведениях художественной литературы. В фольклоре большинства народов есть сказки, описывающие то, как как герой был проклят недоброжелательным «духом» в раннем детстве по причинам, часто связанным с его происхождением или обстоятельствами его рождения. Проклятье должно реализоваться через много лет, если только каким-то особым образом герой не уклонится от ужасной судьбы, не перенесет неизбежное на какого-либо, часто близкого человека. Так же все жертвоприношения основаны на вере в то, что первоначальный объект судьбы может быть пощажён, если опасные последствия судьбы или проклятья могут быть перенаправлены на кого-то еще. Таким образом, эпискрипт представляет собой некое деструктивное психическое образование на предсознательном уровне – результат негативного родительского программирования, основанного на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту [6, 9]. Отмечено, что существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от него. Обычно это связано с «трансляцией» своего сценария подходящему реципиенту для эпискрипта (обычно это человек, с подвижным недеструктивным сценарием, находящийся в

позиции «Я – не ОК, все – ОК») [9]. Вероятно, в ряде случаев, этап «переданного сценария» может длиться очень долго, вплоть до гибели реципиента, либо до момента возвращения эпискрипта первоначальному владельцу деструктивного сценария или иному акцептору.

В своей практической работе нам неоднократно встречались случаи, когда женщина, не имевшая до брака никаких указаний на наличие у нее аутодеструктивных стилей поведения, спустя какое-то время после вступления в брак с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью, начинает демонстрировать аутоагрессивные паттерны поведения (что, на первый взгляд, можно было расценить как реакцию на аддикцию супруга, и связанные с этим проблемы). Однако, на этом фоне супруг, имевший аутоагрессивные паттерны до этого момента, становится более «благополучным» – у него снижается интенсивность и выраженность антивитальных проявлений, и нередко, меняется клиническое течение алкогольной зависимости в положительную сторону. Это продолжается до тех пор, пока акцептор эпискрипта, в данном случае супруга, «полноценно» выполняет свою функцию «страдания за кого-то». В этом контексте нас наиболее интересовала внутрисемейная динамика наиболее фатальных моментов сценария, а именно установок на саморазрушение как в наиболее классическом варианте (суициды и парасуициды), так и в более широком (несуицидальные формы аутоагрессии).

В нашем исследовании с помощью сценарного опросника [8] в ходе полуструктурированного терапевтического интервью для выявления паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов [4] было обследовано 125 семейных пар, где муж страдал алкогольной зависимостью (II ст. заболевания). Параллельно изучались варианты внутрисемейной динамики.

Было обнаружено, что у 49,6% жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (62 человека), встретились явные указания на присутствие у них деструктивного родительского сценария (послания «Не существуй»), а у 20,8% (n=26) это послание было ведущим. Можно было предположить, что именно эти женщины будут являться вероятными носителями классических аутоагрессивных модусов поведения, которые были обнаружены у 28,80% респонденток (36 женщин). Однако, у

25% из них (девять женщин) не было обнаружено деструктивных психологических конструктов. При дальнейшем анализе этих семейных пар (подробное изучение анамнеза, индивидуальной и внутрисемейной динамики саморазрушающих паттернов поведения, наркологических характеристик) в четырёх случаях были обнаружены указания на присутствие механизма эпискрипта. Данный факт не смотря на кажущуюся редкость и казуистичность, послужил поводом для настоящей работы, поскольку рассматриваемый вариант семейной динамики подразумевает специфические терапевтические и превентологические мероприятия суицидологического плана, а также максимально дифференцированный подход к коррекции зависимого и созависимого состояний. Для иллюстрации мы используем клинические наблюдения, встретившиеся в нашей практике. В этих примерах имеется четкий ретро- и проспективный компонент наблюдения и элемент завершенности сценарных процессов, имел место элемент возврата эпискрипта («феномен бумеранга»), что делает их наиболее показательными. Еще раз подчеркнем, что все описанные семейные пары радикально не вписывались в общую картину «алкогольного» брака и при детальном, целенаправленном изучении параллельных анамнезов (акцент делался на наркологической и суицидологической составляющей) членов семьи, обнаруживались любопытные особенности, отраженные в предлагаемых ниже клинических примерах. Наиболее типичный, «одноуровневый» пример развития семейной системы с использованием модели эпискрипта отражен в наблюдении № 1.

Наблюдение № 1. Пациент А., 35 лет, диагноз: хронический алкоголизм, II стадия, псевдозапойный тип. Длительность семейной жизни А. составила десять лет, брак единственный, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода. А. злоупотреблял спиртными напитками с 17 лет, похмельный синдром сформирован с 21-22 лет. То есть, при вступлении в брачные отношения наш пациент уже имел клинику алкогольной болезни. Алкогольный аутоагрессивный анамнез А. крайне интересен. В 20 лет на фоне алкогольного отравления А. пытался выброситься из окна четвертого этажа, так как «обиделся на родителей, и они будут рады, если его не станет». Годом позже неоднократно наносил себе самопорезы в области локтевого сгиба и пред-

плечья «просто так», дважды из-за этого был госпитализирован. Пьяный становился агрессивным, провоцировал драки, в результате чего многократно подвергался избиениям, часто с получением черепно-мозговых травм. В армии не служил по причине наличия у него язвенной болезни желудка (которая в основном обостряется после значительных алкогольных эксцессов). За одну неделю до свадьбы, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, перевернулся на грузовой машине (сам был за рулём). Женится со сломанной рукой. Накануне бракосочетания обещал будущей супруге больше никогда не употреблять спиртных напитков. Слово держал ровно три дня.

Супруга больного А., - В., 36 лет. Выросла в «непьющей семье». Росла всегда здоровой, скромной, «серой мышкой». Со всеми ладила. До брака никогда не имела суицидальных мыслей, «даже предположить такого не могла». Долгое время не могла выйти замуж, так как «никто по-настоящему хорошо к ней не относился». В лице будущего мужа встретила мужчину, который «может ее понять и защитить», но «немного пьющего». Решение алкогольных проблем будущего мужа видела как основную для себя задачу. В течение первого года семейной жизни алкоголизация мужа носила прежний деструктивный характер. Через два месяца после свадьбы муж отравился «некачественной водкой», две недели по этой причине находился в больнице в тяжёлом состоянии, обещал «завязать» с алкоголем, однако возобновил приём спиртных напитков через неделю после выписки из стационара. Через полгода семейной жизни стал часто высказывать идеи необоснованной ревности, на фоне опьянения неоднократно угрожал самоубийством «если жена не изменит к нему отношение» но до реализации суицидальных высказываний дело не доходило. Весь этот год супруга больного А. боролась за здоровье мужа, чувствовала прилив энергии, оптимизм, была уверена, что вот-вот муж исправится. Но, по словам В., внезапно произошёл какой-то надлом - «отчаялась», «поняла, что борьба за мужа проиграна». На этом фоне впервые возникла мысль о насильственном уходе из жизни. Испытывая выраженные депрессивные переживания, В. выпила большое количество различных таблеток. Однако, в какой-то момент «поняла, что сделала глупость» и вызвала у себя рвоту. В последующие 2-3 месяца чувствовала себя все хуже, «вынуждена была» обратиться к

врачам. При обследовании обнаружены пиелонефрит в стадии обострения, аднексит, цистит. Длительное время лечилась у различных специалистов, но улучшения были только временные - «стала в поликлинике своим человеком». Чтобы успокоить нервы, стала периодически курить. За время брачной жизни у В. четыре раза были выкидыши на ранних стадиях беременности, в 30 лет возникла внематочная беременность, по поводу чего В. была прооперирована. За последние восемь лет брачной жизни неоднократно возникали суицидальные мысли, считала, что жизнь не удалась и какая-либо перспектива отсутствует. Тем не менее, как отмечает сама В., «дела у мужа поправились», и что любопытно, это улучшение практически совпало с моментом «надлома» жены. А. резко сократил частоту своих выпивок, возникавшие запои продолжались максимум 2-3 дня (ранее их продолжительность редко была менее 1-1,5 недель). Как отмечает сам пациент, «стал думать о себе, пугала перспектива умереть пьяным». А. устроился на более высокооплачиваемую работу, помогал односельчанам «строиться», приобрёл автомобиль и т.д. Суицидальных мыслей в последние 7-8 лет семейной жизни не отмечал, считал, что это «было по молодости» и «все прошло». Стал занимать-

ся своим здоровьем, регулярно ходил в баню, зимой купался в проруби - «совсем не болел, закалился». Считал свою супругу «очень болезненной и неуравновешенной женщиной, которая постоянно нуждалась в его заботе и помощи», что постоянно тяготило В. Помимо этого, испытывал переживания по поводу бездетности супруги, что и послужило поводом к разводу, где А. выступил в качестве инициатора. После развода В. «как бы ожила», «груз с плеч свалился». Стала намного лучше себя чувствовать, реже возникали обострения имеющихся соматических заболеваний.

Через один год повторно вышла замуж за человека на восемь лет старше ее, алкоголем не злоупотребляющего. По имеющимся данным у В. быстро наступила беременность, закончившаяся рождением здорового ребёнка, браком довольна, считает себя счастливым человеком. А. после развода не употреблял алкогольных напитков на протяжении трёх месяцев, однако «сорвался» и возник самый продолжительный запойный период, длившийся более двух месяцев. На этом фоне вновь отчётливо возникли суицидальные тенденции, считал себя «во всем виноватым», человеком, прожившим жизнь зря.



Рис. 1 Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении № 1.

Будучи в состоянии алкогольного опьянения пытался повеситься на рабочем месте, из петли вытащили сослуживцы. Через полгода был уволен с работы «за пьянство», стал жить у родителей, максимальный нетерапевтический светлый промежуток в последующий год не превышал двух недель. Некоторое время спустя, обратился за терапевтической помощью по поводу лечения алкогольной зависимости. При работе с А. у него было диагностировано наличие деструктивного сценарного решения «Не жить», что и было использовано в комплексной терапии зависимости.

На предлагаемом ниже рисунке 1 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

Данный пример является наглядной и наиболее «прозрачной» иллюстрацией реализации «одноуровневого» эпискрипта в семье мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. В результате трансляции эпискрипта происходит избавление пациента от его деструктивного сценария, так как находится человек, готовый за него «нести его крест». Данный вариант скорее всего является не таким уж редким явлением, поскольку имеет место недодиагностика подобных состояний в клинической практике (в связи с недостаточной разработанностью тематики).

Безусловно, акцептором эпискрипта может становиться не только супруга больного, но и любой другой член семьи. Более того, движение эпискрипта в ряде случаев имеет гораздо более сложный «многоуровневый» характер, что продемонстрировано в следующем примере.

Наблюдение №2.

Больной Б., 47 лет, разнорабочий, ранее инженер-технолог. Находился на амбулаторном наблюдении с 1998 по 2008 гг. Диагноз: до 2007 года - алкогольная зависимость II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем; с середины 2007 года - алкогольная зависимость III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия.

Анамнестические сведения: отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Ранее развитие без осо-

бенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Всегда переживал из-за того, что мать его любит не так сильно, как других детей. С успехом окончил школу, учился значительно лучше братьев, единственный поступил в институт и с успехом его закончил. Женился поздно, в 30 лет на женщине с ребенком десяти лет (в принципе, больше ни с кем не встречался, так как всегда «не был уверен в себе, и никому не был нужен»). Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез: Б. первый раз попробовал спиртное в 22 года, злоупотреблять спиртными напитками начал с 26 лет, что связывает с влиянием коллектива, похмельный синдром сформировался к 31 году. Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными соматоневрологическими и психическими компонентами. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 гр. водки, социально-этический контроль резко снижен. Клинически в течении развития алкогольной болезни можно выделить несколько этапов. Первый, или добрачный этап, характеризовал, в основном, развитие I стадии болезни (26-30 лет) – отмечалось практически ежедневное принятие спиртного в кругу сослуживцев, толерантность достигала 0,5 литров водки, не похмелялся, однако к 29-30 годам заметил отчетливую тягу к спиртному. После вступления в брак не пил порядка четырех месяцев, затем начал пить по 5-7 дней, появился четкий похмельный синдром. В похмельном синдроме был больше представлен психический компонент. Толерантность достигла 1,25 литра в пересчете на водку. Светлые промежутки составляли не более 25-30 дней, в момент запоев не выходил на работу на режимное предприятие, неоднократно имел взыскания, однако руководство не увольняло «ценного сотрудника». Достаточно часто на фоне похмелья возникали мысли о собственной ничтожности, бессмысленности существования, неоднократно обдумывал способ ухода из жизни, и в 1993 году совершил попытку самоповешения, находясь в состоянии легкого алкогольного опьянения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Многократно употреблял различные суррогаты алкоголя, весьма

опасные для жизни, которые находил на производстве. Данный период длился до возраста 32 лет. Третий период, продлившийся с 32 по 35 лет, характеризуется «спонтанным» улучшением течения алкоголизма. Запой стали возникать в среднем раз в три месяца, длились не более двух дней. Толерантность не более 0,75 литров водки. С этим периодом связан и основной производственный рост - занял пост начальника большого подразделения завода. Четвертый этап (возраст 36-38 лет) - спонтанное, без лечения полное прекращение употребления алкоголя. Этот период пришелся на 1998 год, когда он обратился к наркологу по поводу лечения приемного сына от героиновой зависимости, которое было начато и продолжалось порядка года. После успешного лечения сына, прекратившего употребление ПАВ и поступления его в ВУЗ, для Б. начался пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова начал принимать алкогольные напитки и клинически этот период был очень похож на третий (короткие, редкие запои; средняя толерантность; длительные светлые промежутки; отсутствие социального снижения), однако впервые стал агрессивным в отношении супруги, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 года, когда супруга подала на развод и развелась с ним. Шестой этап (послеразводный) - часть 2007 и 2008 год. Диагноз - алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, постоянный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия (диагноз выставлен при осмотре врачом наркологом в реанимационном отделении, после отравления неизвестной спиртосодержащей жидкостью). С работы «сократили» в начале 2007 года, с тех пор пил практически каждый день, жил один в родительском доме. Толерантность до 0,5 литров в пересчете на водку, пил преимущественно крепленые вина и самогон. Не следил за собой. Периодически подрабатывал разнорабочим на оптовой базе. Многократно угрожал бывшей жене и тетке суицидом, который впоследствии совершил в 2008 году (самоповешение). В суицидальной записке содержалась одна просьба -

сжечь его после смерти, адресована, кстати, к умершей за два года до этого матери.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Работает по специальности. Наблюдалась амбулаторно с 1998 по 2006 год по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 по МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына.

Анамнестические сведения: Единственный ребенок в семье. Отец злоупотребляет алкоголем, инвалид первой группы после перенесенного инсульта. Родилась недоношенной. Росла тихой и болезненной. Отец очень строго относился к дочери, будучи пьяным избивал мать и выгонял их на улицу, часто ночевали у соседей. Школьные годы без особенностей, была сверхответственная. С успехом окончила институт. В институте вышла замуж, так как забеременела. В браке прожила 1,5 года, затем брак распался из-за «пьяных гулянок мужа», думала, что замуж больше не выйдет. Однако, в 29 лет на предприятии встретила Б., с которым через полгода оформили брачные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее, в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После брака, действительно, муж почти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольного ада», муж пил длительными запоями, постоянно прогуливал ответственную работу, «попросту спивался», постоянно высказывал суицидальные мысли и совершил одну суицидальную попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». Трижды пыталась лечить мужа («кодирование», «подшивание»), длительность ремиссий не превышала 1-3 месяцев. Однако все это время чувствовало «прилив сил», своей особенной значимости для мужа, готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез: до второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. После проблем с алкоголем первого мужа, дала себе зарок близко не подходить к пьющим мужчинам. Как так получилось, что второй муж тоже оказался больным алкоголизмом, рационально объяснить затрудняется, «была уверена, что они разные». Крайне негативно

относилась к самой идее насильственного ухода из жизни, так как в школе старшеклассница покончила с собой, вызвав у М. «бурю непонимания».

После суицидальной попытки мужа (1993 год), которая последовала спустя один месяц после очередного «кодирования», впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность. В это же время впервые «ниоткуда» возникли отчетливые суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя. Однако чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын. Последующие 3-4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, начала курить (хотя раньше крайне негативно относилась к этому). Подруги говорили, что ее подменили. Стала постоянной клиенткой поликлиники (часто обостряющийся пиелонефрит, стенокардия, мелкоузловой зоб щитовидной железы, синдром раздраженной толстой кишки). Часто фантазировала на темы собственной смерти, подавляющее время была тоскливой, подавленной. Минимум трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала. Стала «обузой» для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 году, после психотравмирующей ситуации на службе и ссоры с мужем, выпила горсть разных таблеток, спустя 15 минут началась самопроизвольная рвота, что спасло ей жизнь (суицидальную попытку от мужа и сына утаила), пообещав себе впредь никогда ничего подобного не совершать, однако мысли о том, что возможно было бы лучше тогда умереть периодически возникали. Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е. 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 по июнь 1999 года с диагнозом героиновая наркомания, когда ему было 17-18 лет.

Анамнестические сведения: родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Раннее развитие без особенностей. Рос тихим, безынициативным и подчиняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял в «штыки», долго не мог

поладить с отчимом. Особенного его раздражала его привычка «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем суицида отчима, когда его спас сосед, вытащив из петли. Любил читать, особенно приключенческую литературу. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей, вдруг стала вся «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызвало у него обиду и злость на отчима, «от которого все и произошло». Стал чаще проводить время в дворовой компании.

Наркологический анамнез: в 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. Но старался не появляться дома с запахом сигарет или спиртного, чтобы не расстроить мать. К наркотикам, тем не менее, в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «травку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит тот день, когда первый раз попробовал героин. Отчим накричал на мать, говорил, что она «большая вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отчима. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через три месяца регулярно употреблял героин. Спустя два месяца про это узнали родители (рассказал сам – назло отчиму).

Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана: этот период (с 15,5 лет подростка до 18) характеризуется постоянной борьбой с болезнью родителями, при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной», по его словам, компании (где были несколько человек ВИЧ-инфицированы). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивитальных паттернов поведения не демонстрировал.

В это время значительно поменялись оба родителя. Для отчима этот период соответствовал четвертому периоду его алкогольного анамнеза (спонтанное, длительное прекращение употребление алкоголя), все силы посвящал попыткам лечения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стеничной и гиперзаботящейся. Неоднократно обращались за наркологической помо-

щью, однако обычно дело дальше детоксикации не шло. Характерно, что, не смотря на очевидные неудачи в лечении, ни Б., ни М., за это время не отмечали каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 году. Е. с этого времени и до 2008 года воздерживается от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), запои носили короткий характер (до 2-3 дней), пил

«только качественные спиртные напитки», светлые промежутки достигали 2,5 месяцев. Нетрезвый был агрессивен в отношении жены, часто бил ее, стал беспредметно ревновать. Супруга период с 1999 по 2004 характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появления суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервал отношения с отчимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, чем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 году после очередной ссоры с пьяным мужем, решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих размышлений М. впервые пришла к мысли развестись с мужем.

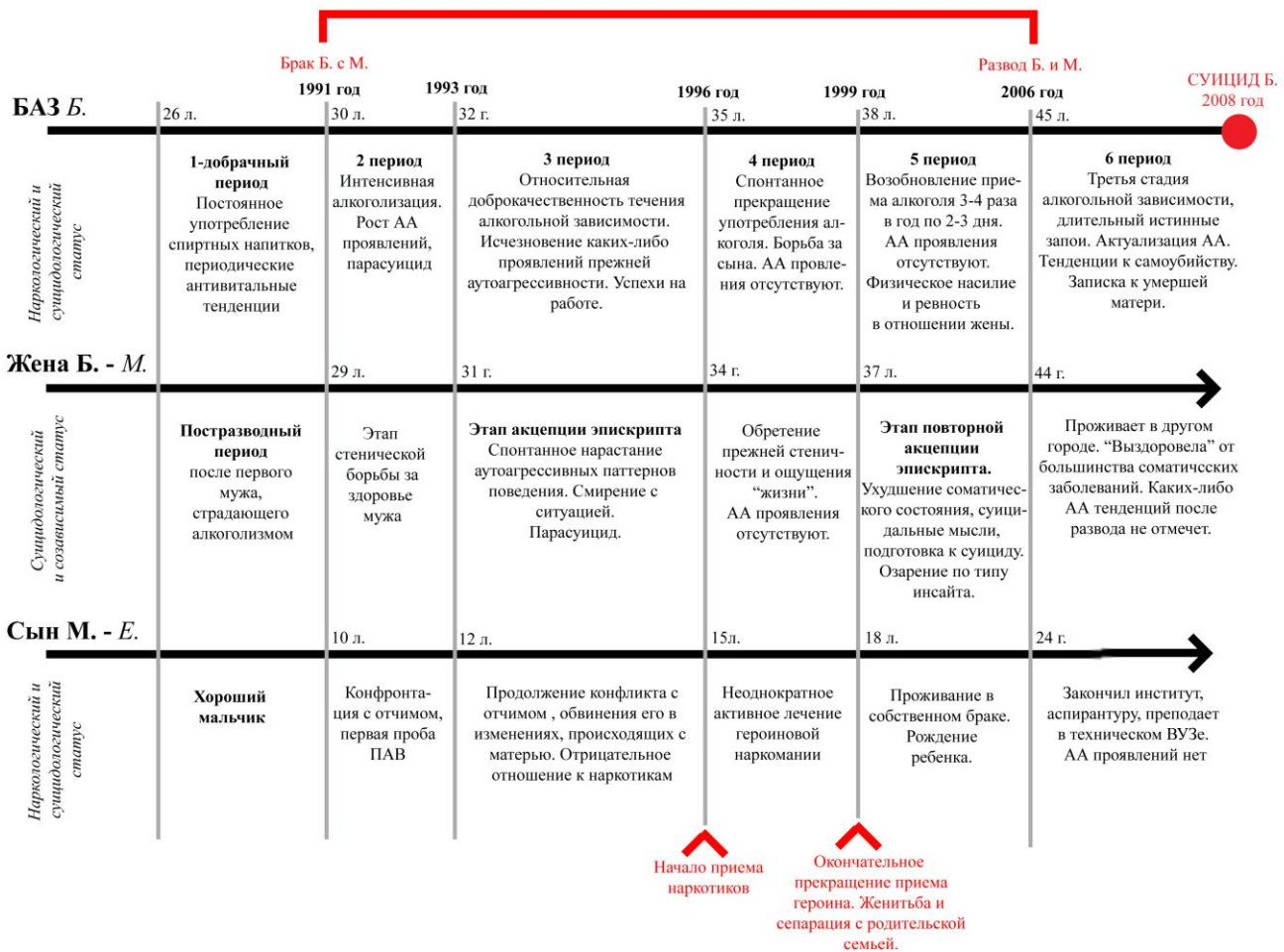


Рис. 2 Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении 2 (примечания: АА – аутоагрессия; БАЗ – больной алкогольной зависимостью).

Через два дня М. подала заявление на развод, чем спровоцировала 2-месячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, знает про его судьбу от бывших соседей. За два последующих года «впервые занялась собой», периодически приезжала на поддерживающие сессии, чувствовала себя, впервые за много лет, счастливой. Практически перестала болеть, «болезни вдруг стали вылечиваться», суицидальных мыслей не отмечает. Появились новые знакомые, последние три месяца, до последней сессии начала встречаться с мужчиной, но «без серьезных намерений», с ее слов, ее избранник – первый из ее мужчин, кто не имеет проблем с алкоголем (при этом часто в разговоре вспоминает сценарные мотивы своего прежнего поведения). Б. после развода начинает интенсивно пить, затем последовало увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (что соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В середине 2008 Б. самостоятельно обратился за наркологической помощью. Однако спустя два дня заявил, что лечиться не будет и справится сам, так как «все понял», на приеме был трезвый. В конце 2008 года Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой.

На предлагаемом ниже рисунке 2 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

В приведенном примере описан вариант многоуровневой передачи эпикрипта, который хорошо прослеживается во временном континууме. Первый этап передачи деструктивного сценария происходит от мужа супруге. На следующем этапе следует вторичная передача деструктивных установок сыну.

Дети, по данным F. English [6], достаточно часто выступают реципиентами для родительского сценария, этот факт интуитивно знаком большинству детских психиатров и психотерапевтов. В нашем примере, сын, являющийся вторичным реципиентом эпикрипта, был идентифицирован как героиновый наркоман (носитель первичной аддикции). Однако после удачного лечения наркомании Е. на уровне работы со сценарными механизмами поведения, закончившегося принятием нового решения «Жить», начинается обратное движение «локомотива» саморазрушения, сначала обратно к матери, а затем к страдающему алкогольной

зависимостью отчиму. Можно сказать, что пущенный бумеранг вернулся владельцу. Сама F. English [9] описывала эпикрипт как игру в горячую картошку, которую игроки перебрасывают из рук в руки, чтобы не обжечься....

Последний пример еще более необычен. Если традиционно для «алкогольного» брака сам мужчина, страдающий алкогольной зависимостью, выступает в роли главного патологизирующего субъекта, то в данном случае передача деструктивного сценария исходит от «созависимой» супруги, по сути, создающей и формирующей мужа - акцептора эпикрипта.

Наблюдение № 3. Больной С., 38 лет, по профессии врач-гинеколог. Находился на амбулаторном наблюдении с 2003 по 2007 гг. Диагноз: алкогольная зависимость II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем.

Анамнестические сведения: никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, второй ребенок в семье. Мать характеризует как властную, «главную в семье», отца – как спокойного «подкаблучника». С успехом закончил школу, затем институт. По характеру всегда был спокойным, «скорее нерешительным». Женился сразу после института на однокурснице. Впоследствии супруга по поводу женитьбы заявляла: «Я просто выбрала его, иначе он бы со своей матерью никогда не женился...». Отношения через полгода стали конфликтными, супруга стала проводить много времени со своими подругами, неоднократно изменяла мужу. Долгое время не могла забеременеть (три года), первая и единственная беременность закончилась выкидышем на раннем сроке. В результате С. стал все более отдаляться, у него появилась «мужская компания», стал часто выпивать, чтобы расслабиться и забыться, периодически не стал ночевать дома. В 35 лет подал на развод с женой, так как жизнь с ней стала «совершенно невыносима». В настоящее время женат второй раз, в браке счастлив, имеет от брака близнецов.

Наркологический и суицидологический анамнез: С. первый раз попробовал спиртное в 19 лет в институте, эффект алкоголя крайне не понравился, поэтому впоследствии алкоголь употреблял только «по праздникам», сторонился пьющих компаний, увлекался спортом. По-

сле трех лет брака «стал искать понимания вне семьи, так как семейная жизнь оказалась кошмаром», постепенно нашлась компания, в которой начал более-менее регулярно употреблять спиртные напитки, регулярно стал злоупотреблять алкоголем примерно через год после этого, спустя еще год появился четкий похмельный синдром (возраст – 28 лет). Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными сомато-неврологическими явлениями. Периодически употреблял различные суррогаты алкоголя. Появилась алкоголь-ассоциированная соматическая патология (язвенная болезнь 12-перстной кишки, гипертоническая болезнь, «какие-то проблемы с печенью и поджелудочной железой»). За последующие три года неоднократно обращался за наркологической помощью по инициативе жены (хотя она алкоголиком его не считала). Однако срок терапевтических ремиссий не превышал двух месяцев. Расценивал свою жизнь, включая семейную, как неудавшуюся. Отмечал периодические пассивные суицидальные мысли. Заметил, что состояние жены, после того как он стал «серьезно» выпивать, изменилось, стала более заботливая, менее вспыльчивая, больше времени уделяла мужу. В возрасте 34 лет прошел антиалкогольное лечение, последовала ремиссия сроком три года (срок лечебного воздействия – три года), после чего «на всякий случай» продлил срок лечебной программы на 15 лет. Супруга в лечении принимать участие отказалась, считая, что у мужа «просто глупость, а не болезнь», несмотря на неоднократные просьбы терапевта и собственные профессиональные знания. Спустя полгода, жена стала явно провоцировать мужа выпить (отметил это сам), стала агрессивной, вспыльчивой, сама стала часто выпивать в компании подруг и устраивать мужу скандалы в состоянии опьянения, что послужило формальной причиной развода.

Т., бывшая супруга С., по профессии врач. Покончила жизнь самоубийством в возрасте 35 лет.

Анамнестические сведения и суицидологический анамнез: отец злоупотреблял алкоголем, умер в 50 лет от печеночной недостаточности. Раннее развитие без особенностей, росла импульсивной, «скандальной», но школу окончила с отличием. Еще в седьмом классе начала курить, алкоголь попробовала тогда же. В возрасте 15-лет была попытка изнасилования

взрослым мужчиной. Успешно окончила медицинский институт, приобрела специальность врача-психиатра. До брака с С. неоднократно пыталась покончить жизнь самоубийством (две попытки самоотравления «из-за неудавшейся любви» – в 17 и 21 год, одна из-за несданного экзамена в институте – резала вены). Сама утверждала, что все попытки носили демонстративно-шантажный характер. После замужества «тихий период» длился полгода, после чего поняла, что с мужем ее мало что связывает, очень хотела забеременеть, «чтобы была нормальная семья», но в течение трех лет беременность не возникала. Стала основное время проводить с институтскими подругами, часто выпивали. Мужу верность не хранила. После очередного конфликта (по поводу собственного поведения в состоянии алкогольного опьянения, пыталась отравиться димедролом (выпила 50 таблеток), сама спустя 5 минут промыла желудок. Свое парасуицидальное поведение расценивала «как истерию в чистом виде, осложненную бытовым пьянством»). После того, как у мужа появились «проблемы» со спиртным, активно, в течение последующих семи лет, пыталась «помочь» ему справиться с проблемой, хотя больным его фактически не считала, была уверена, что он излишне ипохондричный, а врачи «гипердиагносты и она сама лучше знает». В этот период семейной жизни отмечает в целом улучшение отношений, лучшее понимание с мужем, чувство наполненности жизни. Практически прекратила сама употребление алкоголя, каких-либо суицидальных тенденций не отмечала, утверждала, что это пережитки молодости, и она «прошла это время». Была успешна в профессиональной деятельности, много занималась общественной работой. При начале терапии мужа (2003 г.) отказалась от участия в супружеском варианте терапии, заняла крайне пассивную позицию. Связывала это с географической удаленностью и «непониманием метода и смысла терапии» при формально очень высоком уровне интеллекта и уровня профессиональных знаний. После полугодия успешной и гармоничной ремиссии у мужа поведение Т. изменилось: стала раздражительная, возобновились скандалы, заметно чаще стали праздники с обязательным приемом алкоголя. Открыто смеялась над трезвой жизнью мужа, предлагала выпить, так как «все равно когда-нибудь напьемся», в нетрезвом виде оскорб-

ляла его. Все его просьбы о ее терапии в рамках лечения созависимого состояния отвергала. С., спустя год, подал заявление на развод, однако Т. была абсолютно уверена, что муж от нее никуда не уйдет. Развод у Т. вызвал, со слов мужа, шок и непонимание, была уверена, что скоро этот «фарс» закончится. Спустя год после развода покончила с собой (повесилась), находясь в алкогольном опьянении, записки не оставила (информация получена со слов матери Т.).

На предлагаемом ниже рис. 3 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

Данный пример в большей степени показывает возможность алкоголизма становиться орудием акцепции деструктивного эпискрипта, а так же генетическую связь алкогольной зависимости как орудия саморазрушения с феноменом аутодеструкции вообще.

Во всех приведенных наблюдениях мы отчетливо можем проследить этапы передачи деструктивных сценарных конструкторов (эпискрипта): первичное носительство саморазрушающего сценария жизни; его передача с ощущением «облегчения»; акцепцию эпискрипта; реализация инкорпорированной деструктивной программы реципиентом; возвращение эпискрипта первичному носителю (последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой, скорее, исклю-

чение из правил). Мы считаем, что реципиент часто забирает эпискрипт «навсегда», реализуя его до финальной черты. В ряде случаев имеет место и достаточно активный поиск потенциальным акцептором будущего донора сценария. При этом реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно, занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «за спасение», являя собой извращенное понимание основной христианской доктрины. Подобные случаи часто не рассматриваются как возможный вариант эпискрипта, и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица, либо оно впоследствии остается безоружным перед возвратившимся деструктивным сценарием.

Таким образом, одним из вариантов динамики семейной системы в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпискрипт-модель. Можно выделить существование как минимум двух вариантов эпискрипт-модели в алкогольных браках: с элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без таковой. Идентификация эпискрипта является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады, в том числе, в отношении аутоагрессивных модусов поведения.

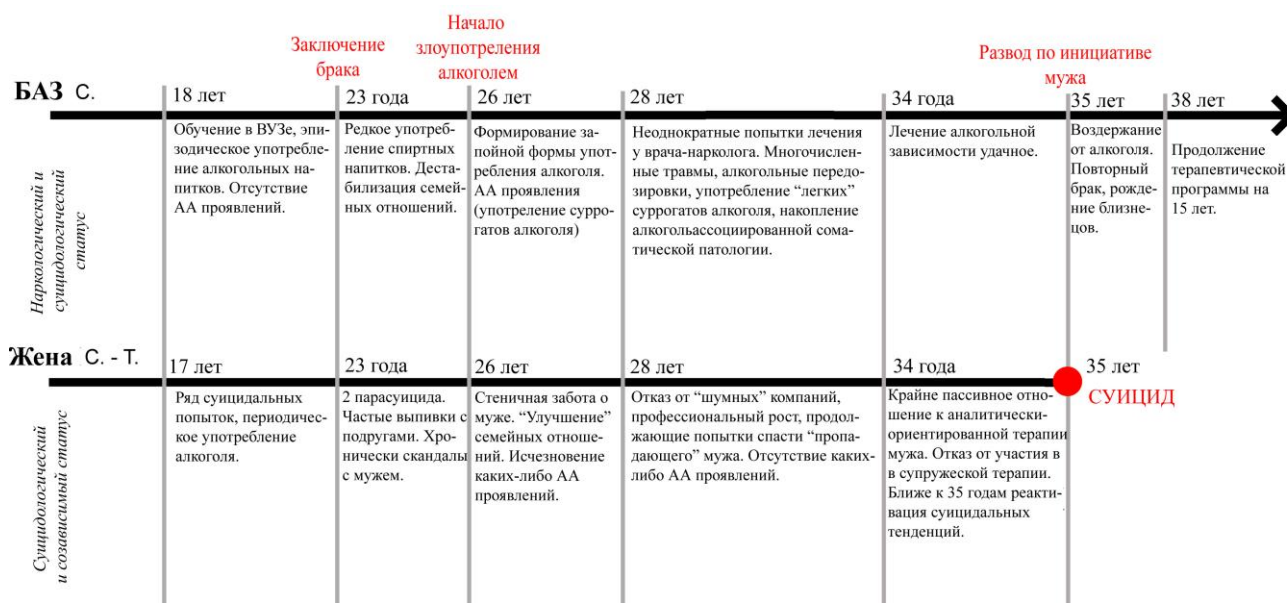


Рис. 3 Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении № 3 (примечания: АА – аутоагрессия; БАЗ – большой алкогольной зависимостью).

Важным моментом при смертно-ориентированной терапии является дифференциальный диагноз между состояниями, когда мужчина, страдающий алкогольной зависимостью, или/и его жена имеют собственный деструктивный сценарий, и когда деструктивный сценарий в результате эпискрипта передан другим супругом, что имеет принципиальное значение при выборе терапевтических подходов.

Литература:

1. Зайцев С.Н. Созависимость - умение любить. Пособие для родных и близки наркомана, алкоголика. – Н.Новгород, 2004. – 90 с.
2. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. - 336 с.
3. Проблемы семьи, отягощенной алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика / ред. И.А. Кибальченко. – Ростов-на-Дону: Феникс. - 2007. – 478 с.
4. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.
5. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопр. наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86-95.
6. English F. Episcrypt and the «hot potato» game // Transactional Analysis Bulletin. – 1969. – Vol. 8. – P. 77-82.
7. Meier P., Minirth F., Hemfelt R. / Майер Ф., Минирт П., Хемфеот Р. Выбираем любовь (Борьба с созависимостью). – М.:Триада, 2005. – 320 с.
8. Steward I. Developing Transactional Analysis Counseling. – London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGA Publications, 1996. – 286 p.
9. Steward I., Joines V. / Стюард Я., Джойнс В. Современный трансактный анализ. – М.: Социально-Психологический центр, 1996. – 332 с.

EPISCRIP T AS A VARIANT OF INTRAFAMILIAL DYNAMICS OF AUTOAGGRESSIVE PATTERNS IN FAMILIES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE

A.V. Merinov, D.I. Shustov, N.N. Vasjatkina

The article studies some script mechanisms found in alcoholic's families and known as episcrypt. The dynamics of relations in alcoholic's family taking into account drift of autoaggressive behaviour patterns and changes of narcological characteristics of primary disease have been described. Clinical variants of development of episcrypt model of family relations have been suggested. The given information can help to make therapeutic correction program of dependent and co-dependent relations more flexible.

Key words: autoaggressive behaviour, alcoholic's family, co-dependence, episcrypt

УДК 616.89-008.442.36:34.021

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ОРИЕНТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ПРАВОВЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

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

Частота суицидов у геев и лесбиянок в 2-3 раза выше, чем у гетеросексуалов из-за негативного отношения к ним населения, а также из-за внутриличностных конфликтов. Часты случаи самоубийства и среди тех, кто начинает открыто говорить о себе, как о сексуальном меньшинстве, из-за чего нарушаются взаимоотношения с родителями и друзьями. Необходимость целенаправленной индивидуальной психотерапии очевидна.

Ключевые слова: геи, лесбиянки, суицид, суицидальное поведение.

К контингенту населения с повышенной частотой самоубийств принадлежат лица из так называемого сообщества ЛГБТ (*LGBT*) – лесбиянок (*lesbian*), геев (*gay*), бисексуалов (*bisexual*), трансгендеров (*transgenders*, *transsexuals*,

two-spirited), иквир (*queer*, *questioning*), включающие всех, имеющих половую ориентацию, отличающуюся от нормальной гетеросексуальной ориентации. В указанном перечне в группу трансгендеров (Т) включаются: 1) транссексу-

алы – люди, чей гендер идентифицируется ими, как противоположный биологическому полу; 2) трансвеститы – играющие роль противоположного пола, через ношение одежды, которую общественные нормы и условности его окружения предписывают противоположному полу; 3) андрогины – люди с одинаково выраженными как мужскими, так и женскими гендерными качествами; 4) интерсексуалы (гермафродиты) – люди, обладающие половыми признаками обоих полов; 5) бигендеры – люди, гендерная самоидентификация которых регулярно меняется под влиянием внешних факторов, или люди с неопределившейся гендерной идентичностью, временной или стойкой; 6) агендеры – люди, отрицающие свою принадлежность к какому-либо полу.

В последнее время термин ЛГБТ был расширен до ЛГБТК (LGBTQ) добавлением категории К (Q) – «квир» (queer – странные). Словом квир «странный, необычный, чудной, гомосексуальный» называют, кто примкнул к лесбиянкам, геям, бисексуалам и трангендерам, но у которых остались вопросы (questions) к себе и миру по поводу их идентичности или ориентации.

Наиболее известны и возможно более многочисленны в числе ЛГБТК гомосексуалисты (ЛГБ). Распространенность гомосексуализма, по данным разных авторов, варьирует среди мужчин от 1 до 4%, у женщин – от 1 до 3% [2]. Этот контингент демонстрирует высокий уровень суицидогенности. Ежегодно 30% из всех самоубийств среди молодых людей совершаются молодыми геями и лесбиянками, причем самоубийство стоит первым в списке причин их смерти. Согласно И. Кону, от 20 до 35% американских геев юношеского возраста совершают попытки самоубийства, что гораздо больше, чем в любой другой социально-возрастной группе [7]. По данным Департамента здравоохранения США (1989), гомосексуальные подростки в 2-3 раза чаще совершают попытки самоубийства, чем их гетеросексуальные сверстники. Формально у суицидентов могут фигурировать в качестве причины суицида какие-то вторичные конфликтные ситуации. Причиной этих суицидов является, в первую очередь, переживания, связанные с неприятием гомосексуализма и гомосексуалов большинством населения, признающим допустимыми лишь гетеросексуальные половые связи.

Факторами, повышающими риск суицида среди гомосексуалов юношеского возраста, являются: 1) раннее открытое обнаружение своей гомосексуальности; 2) связанные с этим насилия и преследования; 3) попытки решить свои проблемы с помощью алкоголя и наркотиков; 4) отвергнутость своими семьями [5].

Даже в настоящее время, когда во многих странах Западной Европы и США, в которых проводится официальная политика толерантного отношения к гомосексуалистам, а негативное отношение к ним считается гомофобией, которая может быть наказуемой, большинство белых американцев и европейцев, не одобряют гомосексуальные отношения, что ведет к изоляции гомосексуалов в населении. Проведенное в 2007 году глобальное исследование отношения к гомосексуальности в различных частях света и странах исследовательским центром Pew Research Center (проект Pew Global Attitudes Project) показало, что лишь в Швеции, Франции, Испании, Германии и Чехии более 80% населения позитивно относятся к гомосексуальности. В США позитивно относятся лишь 49%, негативно – 41%, в Израиле, соответственно – 38% и 50%. Позитивно относятся к гомосексуальности в России – 20% населения, в Китае – 17%, в Индии – 10%, в большей части стран Африки – 1-3% [12].

Лица ЛГБТК составляют меньшинство в любой стране, население которой в большинстве своем относится к ним негативно, а часто и агрессивно. По данным исследований, проведенным GLSEN (*Gay, Lesbian & Straight Education Network*) в 2009 году в США 84% гомосексуальных подростков подвергались словесным оскорблениям, 18% – физическому насилию, 61% – не чувствовали себя в школе в безопасности, а 62% – не сообщали о таких издевательствах учителям из страха того, что те ничего не сделают, и их обращения только усугубят ситуацию [8].

Но кроме конфликтов с окружающими, лица с гомосексуальной ориентацией переживают также внутриличностные конфликты, особенно когда они впервые обнаруживают у себя признаки своего необычного влечения, отличающего их от большинства. Первоначально и сами они испытывают негативное отношение к своей гомосексуальности, стараются ее преодолеть, а при невозможности преодолеть – скрыть.

Осознание человеком собственного гомоэротизма происходит в несколько этапов. Имеется несколько моделей этого процесса [4]:

Модель Вудмана и Ленны: 1. Стадия: отрицания своих гомосексуальных наклонностей. 2. Стадия: нарушения идентичности, когда индивидуум уже догадывается о своих гомоэротических потребностях, но воспринимает их как неприемлемые. 3. Стадия торга с самим собой, проявляющаяся попытками доказать себе и окружающим собственную гетеросексуальность. 4. Стадия депрессии, на которой индивидуум осознает свою гомосексуальность, испытывает психолого-психиатрические проблемы, включая депрессию.

Модель Касса: 1. Нарушение сексуальной идентичности. 2. Сравнение идентичности, стремление преодолеть социальную стигматизацию и изоляцию. 3. Терпимость к собственной гомосексуальной или бисексуальной идентичности. 4. Принятие идентичности. Включение в гомосексуальную субкультуру. 5. Гордость за свою гомосексуальную идентичность. 6. Синтез идентичности; общение с гетеросексуалами, которые его принимают.

Модель Колемана: 1. Преобнаружение своих гомосексуальных чувств и своего отличия от других, что может привести к внутриличностному конфликту, поведенческим нарушениям и психосоматическим расстройствам. 2. Обнаружение – осознание себя в качестве гомосексуала. 3. Исследование – включение индивидуума в сообщества гомосексуалов. 4. Первые отношения, со сниженной способностью контролировать эти переживания. 5. Интеграция идентичности – на этой стадии интимные отношения становятся открытыми.

Г.Б. Дерягин определил 6 этапов, присоединив к этапам модели Вудмана и Ленны стадию терпимости к собственной гомосексуальной или бисексуальной идентичности и стадию принятия идентичности [3].

Таким образом, усиление качественной и количественной сторон этих чувств приводит последовательно: 1) к сомнению в своих сексуальных потребностях; 2) к появлению направленности интереса на познание феномена гомосексуальности; 3) вначале к робкому, а затем более смелому экспериментированию и исследованию своих сексуальных чувств; 4) к гомосексуальному контакту, осуществленному в той или иной степени; 5) к признанию своего гомосексуального тождества и дальнейшим

интимным гомосексуальным отношениям. Очевидно, что переживания гомосексуалов на первых этапах с высокой вероятностью определяют появление суицидальных мыслей и попыток.

Риск суицида среди геев и лесбиянок особенно велик, если они: 1) рано открыто обнаружили свою гомосексуальность; 2) подвергались, в связи с этим, насилию и преследованиям; 3) оказались отвергнутыми своими семьями; 4) пытались решить свои проблемы с помощью алкоголя и наркотиков.

Гомосексуализм известен с незапамятных времен, начиная с античного времени, и наблюдается в культуре самых различных стран мира, причем в разных культурах отношение к нему различное. В странах христианской и исламской культур отношение к нему традиционно было отрицательным, вследствие чего он рассматривался как морально неприемлемое поведение и часто как уголовное преступление.

На протяжении XIX и первой половины XX века гомосексуализм постепенно стал рассматриваться не как аморальное или преступное поведение, но как болезнь или аномалия. Во многих странах практически прекратилось уголовное преследование за него. С XIX века возникают общественные движения в защиту гомосексуализма (параллельно с феминистскими движениями), под влиянием которых в отдельных странах официально прекращается судебное преследование за гомосексуализм. Но особенно возросла активность организаций, отстаивающих права гомосексуалистов, после молодежных революций 1968 года в Западной Европе и в США, а в 1990-е годы и в странах Восточной Европы и СНГ.

В 1993 году ВОЗ исключила гомосексуальность из списка психических отклонений. Это решение, спорное с научной точки зрения, было принято голосованием с большинством в 1 голос. В 2006 году были приняты «Джокьякартские принципы (Yogyakarta Principles) применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности», в которых права выбора сексуальной ориентации и гендерной идентичности были отнесены к «основным правам человека», провозглашенными Всеобщей декларацией прав человека ООН 1948 года, где эти «права» первоначально не фигурировали [5]. Итогом явилось подписание

в 2008 году «Декларации ООН о сексуальной ориентации и гендерной принадлежности», которую в полном объеме подписали лишь 66 из 192 стран-членов ООН [1]. Отказались подписать Декларацию 34 страны, включая все мусульманские, причем во многих из них сохраняется уголовная ответственность за гомосексуализм. 57 стран-членов Организации «Исламской конференции» и некоторые другие подписали альтернативное заявление [10, 14].

США, Россия, Китай, Индия, страны Индокитая и часть стран Африки не подписали эту декларацию, но и не подписали альтернативную, за которую выступили члены Организации «Исламская конференция». В связи с Декларацией на РФ оказывается давление со стороны государств, полностью поддержавших Декларацию, а также со стороны общественных организаций ЛГБТК. В частности от нее требуют включить в число преступлений гомофобию, т.е. проявление негативного отношения к гомосексуализму, а также одобрение однополых браков. В целом, и по числу стран, и по численности населения стран пресловутую Декларацию подписало меньшинство населения Земли. Но и в странах, подписавших ее, большинство населения относится к гомосексуальности негативно. Сложилось парадоксальное положение, когда незначительная часть населения, не превышающая 3-4%, навязывает свое мнение большинству, используя формальные механизмы голосования в международных организациях.

В настоящее время апологеты движений ЛГБТК пропагандируют представление об указанных формах поведения как о «варианте нормы». Но указанный вариант сексуального поведения не может считаться нормой, поскольку люди с расстройствами половой ориентации, проявляют снижение возможности вступить в нормальный брачный союз (между лицами разного пола), оставить потомство и правильно воспитать его. Лица с наиболее выраженными проявления гомосексуализма испытывают отвращение к противоположному полу. Лица с менее выраженными проявлениями испытывают слабо выраженное влечение. Если они и образуют брачный союз, то он менее прочен, а вступая в гомосексуальные связи, они рискуют распадом брака при их разоблачении. С позиций дарвинизма они не принадлежат к числу «наиболее приспособленных», оставляющих потомство, чьи потомки могут продолжить род человеческий. Пол Кэмерон

(Paul Cameron) президент Института исследования семьи (Family Research Institute) Колорадо Спрингс (Колорадо, США) приводит данные, что согласно данным статистики (1986 и 2002 гг.), на людей с гомосексуальными наклонностями приходится лишь 0,5 ребенка, в то время как на нормального человека – 2,1 [1].

Пропагандируемые ЛГБТК и разрешенные в ряде стран, так называемые, «однополые браки» нельзя считать «браками». Использование здесь термина «брак» является подтасовкой, подменой понятий. Их следует считать «бракоподобным союзом». А в случае «усыновления» («удочерения») участниками брака детей, они реально являются не родителями, а опекунами. В США с каждым годом растет число официально зарегистрированных однополых браков, в которых воспитывается уже более 500 тысяч детей. Рост числа «нетрадиционных семей» порождает новые юридические и психологические проблемы. Например, в Шотландии в связи с этим персоналу клиник запрещено употребление слов «мама» и «папа», чтобы «не обижать» гомосексуальные пары с детьми. Госдепартамент США с 1 февраля 2011 года вместо слов «мать» и «отец» ввел использование в официальной документации терминов «родитель № 1» и «родитель № 2», мотивируя это тем, что «гендерная идентификация родителей устарела» [13].

Активисты движений ЛГБТК с 1960-х годов пропагандируют, для облегчения процесса своей адаптации в обществе, осуществление открытого и добровольного признания своей принадлежности к сексуальному или гендерному меньшинству, именуемого «каминг-аут» (comingout – «раскрытие», «выход»). До «каминг-аута» они, либо не относят себя к сексуальным меньшинствам, либо скрывают свою ориентацию. Многие часто вступали при этом в гетеросексуальные отношения, включая долгосрочные отношения и брак («камуфлирующая гетеросексуальность»). Крайним, наиболее агрессивным выражением «каминг-аута» являются так называемые гей-парады (prides), впервые проведенные в 1982 г. в Сан-Франциско, а позднее и по всему миру, и которые из года в год активисты ЛГБТК пытаются проводить в крупных городах России. В октябре 2010 года Европейский Суд по правам человека (ЕСПЧ) постановил, что запретом гей-парадов в Москве в 2006-2008 годах, российские власти нарушили три статьи Европейской

конвенции о защите прав человека и основных свобод: право на свободу собраний, право не подвергаться дискриминации по признаку сексуальной ориентации и право на эффективную судебную защиту. При этом общая сумма компенсации, подлежащая выплате заявителю, по определению суда, составила 29 тысяч евро. В апреле 2011 года ЕСПЧ окончательно признал незаконным запрет гей-парадов в Москве и оставил свой вердикт в силе [6]. Суд в своих решениях открыто ставит интересы меньшинства выше интересов большинства: «Несмотря на то, что индивидуальные интересы должны иногда подчиняться интересам группы, демократия не значит лишь то, что взгляды большинства всегда должны превалировать: необходимо достичь баланс, который обеспечивает справедливое и надлежащее отношение к меньшинствам и избегает любого злоупотребления доминирующим положением». Руководство Москвы, тем не менее, не признало справедливым вердикт ЕСПЧ, имея в виду, что гомосексуальность является результатом сознательного и антисоциального выбора [11].

Концепция «каминг-аута» резко критикуется людьми, выступающими за сохранение традиционных норм и устоев в обществе. Реализация «каминг-аута» в рамках различных общественно-ориентированных мероприятий воспринимается как пропаганда гомосексуализма, и как часть некоторого плана или программы по последовательному привлечению в свои ряды не определившейся молодежи, а также по расшатыванию моральных устоев общества. Часто в основе этой критики лежат религиозные мотивы, так как основные мировые религии (христианство, ислам, иудаизм) негативно относятся к гомосексуальности.

«Каминг-аут» представляются активистами ЛГБТК как средство для снижения суицидов в контингенте ЛГБТК. Но исследования, проведенные в 2011 г. Рочестерским университетом, показали, что «каминг-аут» благоприятен только при наличии соответствующей социальной среды [9]. При ее враждебности лица ЛГБТК не только не имеют преимуществ перед теми, кто «остается в подполье», но показывают худшие показатели адаптации. В том числе у них отмечается более высокая частота самоубийств. Кроме того, «каминг-аут» наносит психологические травмы многим людям из их окружения, в том числе родителям, супругам. Легче всего устанавливаются отношения с дру-

зьями, которые, скорее всего, сами принадлежат к ЛГБТК, и хуже всего с верующими.

Все вышесказанное показывает, что контингент ЛГБТК всегда будет проблемным в плане возникновения психогений и инициации суицидального поведения. Внедряемая во многих странах практика декриминализации, легализации и «каминг-аута» не решает всех проблем самих лиц с расстройствами сексуальной ориентацией, а, кроме того, создает новые проблемы для их окружения, детей, подростков, для общественной морали. Представляется, что наиболее правильным является признание этих лиц людьми с определенной аномалией развития (не болезни), нуждающимися в адекватной психологической (при необходимости – суицидологической) и социальной помощи.

Литература:

1. Гомосексуализм и демографическая катастрофа // Фонд им. Питирима Сорокина. /www.sorokinfond.ru/index.php?id=384
2. Декларация ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности. UN Declaration on Sexual Orientation and Gender Identity // General Assembly: 70th and 71st plenary meeting, morning session, 18 dec. 2008.
3. Дерягин Г.Б. Криминальная сексология. – М.: МосУ МВД России, Щит-М, 2008 г. – 552 с.
4. Дерягин Г.Б. Гомосексуализм. Бисексуальность // www.sudmed-nsmu.narod.ru/articles/homosex.html
5. Джокьякартские принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. International Commission of Jurists (ICJ). – March, 2007. – 66 p.
6. Европейский суд окончательно признал незаконным запрет гей-парадов в Москве // www.newsru.com/russia/13Apr2011/council_pride.html
7. Кон И. С. В поисках себя // Лунный свет на заре. Лики и маски однополый любви. – М.: Олимп, АСТ, 2003. – 576 с.
8. GLSEN Decries Violent Bullying Incident in Union-Scioto High School, Notes That 1 in 4 LGBT Students Experience Bullying in Ohio's School System // www.glsen.org/cgi-bin/iowa/all/news/record/2810.html
9. Legate N., Ryan R.M., Weinstein N. Is Coming out Always a 'Good Thing'? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. Social Psychological and Personality Science, 2011.
10. MacFarquhar, Neil (18 December 2008). "In a First, Gay Rights Are Pressed at the U.N." New York Times. Retrieved. 20 December, 2008.

11. Moscow pride. – Wikipedia, the free encyclopedia./http://en.wikipedia.org/wiki/Moscow_Pride
12. 47-Nation Pew Global Attitudes Survey. World Publics Welcome Global Trade – But Not Immigration. Pew Global Attitudes Project (7 October 2007).
13. Sheridan M.B., O'Keefe E. Parent One, Parent Two to replace references to mother, father on passport forms. Washington Post Staff Writers Friday, January 7, 2011.
14. State-sponsored Homophobia". The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. May 2010.

DISORDERS OF SEXUAL ORIENTATION
AND SUICIDAL BEHAVIOR:
LEGAL AND SOCIAL ASPECTS

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekaterinburg, Russia

The frequency of suicide among gay and lesbian people are 2-3 times higher than in heterosexuals because of the negative attitudes of the population, but also because of the intrapersonal conflicts. "Coming out" does not solve all problems of them, because of the rejection from the family and losing the friends. It should not be recommended the "coming out" to everyone person. The targeted therapy is necessary.

Key words: gay, lesbian, suicide, suicide behavior.

УДК 616.89-008.442

ТЕОРИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ САБИНЫ ШПИЛЬРЕЙН

Ю.Р. Вагин

Психологический центр, г. Пермь

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

В 1909 году Сабиной Шпильрейн было высказано предположение, что наряду с сексуальным влечением существует влечение к разрушению и уничтожению жизни. Позднее предложена оригинальная теория деструктивного влечения. В статье автором обращается внимание на то, что С. Шпильрейн впервые обнаружила в сексуальном влечении деструктивный компонент, связь сексуальных желаний и представлений о смерти, амбивалентность сексуального влечения, но она не постулирована их противоположности. Она постулировала их редупликацию в силу амбивалентности сексуального влечения и наличия в нем деструктивного компонента.

Ключевые слова: влечение к смерти, агрессия, Сабина Шпильрейн.

Скоро исполняется 90 лет со дня публикации «По ту сторону принципа удовольствия» – работы Фрейда, с которой традиционно принято отсчитывать начало истории развития в психоанализе теории влечения к смерти. В этой связи у нас есть благоприятная возможность еще раз вспомнить о том значительном вкладе, который внесла наша, незаслуженно забытая соотечественница, как в психоаналитическую теорию в целом, так и в теорию влечения к смерти в частности. В 6-м разделе своей работы – там, где он постулирует возможность существования влечения к смерти, Фрейд делает ссылку, что «в одной богатой содержанием и мыслями работе, к сожалению, не совсем понятной для меня, Сабина Шпильрейн предвосхитила значительную часть этих рассуждений» [5].

Много позже Фрейд искренне удивлялся тому, что ему понадобилось так много времени, чтобы решиться признать существование стремления к агрессии и тому, что столь очевидные и общеизвестные факты не использовались без промедления для теории [6]. Экзистенциальный психотерапевт Ирвин Ялом, анализируя творчество Фрейда, отмечал, что Фрейд долго не просто не замечал, но старательно избегал тематики смерти. Ялом уверен, что при всей невероятной интуиции тема смерти оставалась для Фрейда слепым пятном, скрывавшим очевидные аспекты внутреннего мира человека [13]. Фрейд на самом деле долго исключал агрессивность и деструктивность из сферы своих интересов, рассматривая их как вторичные феномены в паре сексуального инстинкта и инстинкта самосохранения. Он долго не решался признать существование внутри

человека тенденций, направленных против жизни, а, признав, неоднократно удивлялся тому, что не сделал этого раньше. «Мне теперь непонятно, – писал он, – как мы проглядели повсеместность незротической агрессивности и деструктивности, упустили из виду принадлежащее ей в истолковании жизни место» [7].

Когда в 1908 году Адлер выдвинул идею агрессивного влечения, Фрейд хотя и внимательно отнесся к ней [1], но, тем не менее, не согласился ее принять: «я не могу решиться признать особое агрессивное влечение наряду и на одинаковых правах с известными нам влечениями самосохранения и сексуальными» [4]. Фрейд рассматривал агрессивность как компонент любого влечения, и считал, что если исключить из других влечений агрессивность как активную направленность на достижение, то от последних ничего, кроме собственно отношения к цели и не останется – «несмотря на всю сомнительность и неясность нашего учения о влечениях, я все-таки пока держался бы привычных воззрений, которые признают за каждым влечением свою собственную возможность сделаться агрессивным» [6].

Точно так же негативно отнесся Фрейд и к докладу Сабины Шпильрейн на заседании Венского психоаналитического общества 25 ноября 1911 года. Ещё в 1909 году Шпильрейн высказала предположение, что наряду с сексуальным влечением существует влечение к разрушению и уничтожению жизни. Свои мысли она доложила на заседании в присутствии Фрейда, Федерна, Ранка, Сакса, Штекеля, Тауска и опубликовала в 1912 году [21]. На следующем заседании в ноябре того же года Шпильрейн, выступая с сообщением «О трансформации», поставила вопрос о существовании инстинкта смерти, сделав ссылку при этом на И.И. Мечникова, который в 1905 году в работе «Этюды о природе человека» выдвинул идею «инстинкта смерти», полагая, что данный инстинкт «гнездится в глубине человеческой природы в скрытом состоянии» [2]. Удивительно, но Фрейд упрекнул тогда Шпильрейн в том, что она пытается *обосновать теорию инстинктов исходя из биологических представлений* [20], хотя сам не только всегда располагал теорию влечений на границе между биологией и психологией, но и неоднократно подвергался за это критике.

Достоин нашего особого внимания тот факт, что первый крупный камень в фундамент

теории влечения к смерти был взят из научной каменоломни российского биолога и заложен в теорию психоанализа еврейской женщиной, родившейся и выросшей в России, и на этом камне были написаны немецкие слова «Die Destruktion als Ursache des Werdens». Судьба распорядилась так, что немецкую речь и немецкие слова услышала эта великая ростовская еврейка в тот самый трагический день, когда ее вместе с двумя дочерьми расстреляли у стен ростовской синагоги в 1942 году.

О Сабине Нафтуловне Шпильрейн, родившейся в 1885 году в России в Ростове-на-Дону, написано несколько исследований. В их числе переведенное на многие европейские языки монографическое исследование итальянского профессора Альдо Каротенуто ее дневников и личной переписки с Юнгом и Фрейдом [14]. В 1993 году Александр Эткинд в работе «Эрос невозможного. История психоанализа в России» посвятил Сабине Шпильрейн отдельную главу [11]. В 1994 году знаменитая статья Шпильрейн «Деструкция как причина становления» была впервые опубликована в России в философско-литературном журнале «Логос» [9], а в 1999 году была по праву включена в 1-й том антологии российского психоанализа [10]. Тем не менее, до сих пор признается, что «несмотря на большое значение Сабины Шпильрейн она сегодня полностью забыта» [15], и что «в России даже иные доктора психологических наук никогда не слышали ее имени» [3].

Шпильрейн – первая пациентка Юнга, которую он лечил, используя аналитический метод, обогатила опытом своей судьбы не только своего лечащего врача, но и сама, обогащенная опытом психоанализа, стала позднее видным психоаналитиком, членом Венского психоаналитического общества и пополнила психоанализ оригинальной теорией деструктивного влечения. Эткинд высказал осторожное предположение, что знаменитое открытие Шпильрейн, возможно, вытекает непосредственно из ее сложных личных отношений с Юнгом. «Демоническая сила, сущностью которой является разрушение (зло) – в то же время и есть творческая сила, потому что из разрушения двух индивидов появляется новый индивид. Это и есть сексуальное влечение, которое по своей природе есть влечение к разрушению, влечение индивида к уничтожению себя», – записала Шпильрейн в своем дневнике в 1909 году. Примерно в то же время их роман с Юнгом

претерпевает критическую фазу. Шпильрейн посылает Юнгу свою статью «Деструкция как причина становления» и пишет: «Дорогой мой! Получи дитя нашей любви... Это исследование значит для меня больше чем жизнь». Известно, что Шпильрейн мечтала иметь ребенка от Юнга, который соединил бы в себе величие арийской и еврейской рас. Юнг, судя по всему, был категорически против ребенка, а в письме к Фрейдю подверг уничтожающей критике и статью.

Шпильрейн в статье о личных мотивах, разумеется, не упоминает, а ссылается в основном на опыт своей аналитической работы. Во время анализа сексуальности девушек, ее особенно заинтересовал один вопрос: «почему этот могущественный инстинкт, инстинкт продолжения рода, наряду с положительными эмоциями, которые можно ожидать «априори», содержит отрицательные – такие как тревогу и отвращение» [10]. Она высказывает здесь удовольствие от возможности сослаться на идеи Юнга по поводу либидо, являющегося как силой, которая всё украшает, так и силой, которая в определённых обстоятельствах способна всё разрушать.

В работе «Либидо, его метаморфозы и символы» Юнг незадолго до этого писал: «Давать жизнь другим – значит разрушать самого себя, так как с возникновением следующего поколения поколение предшествующее перешло высший путь своего развития; так наши потомки становятся опаснейшими врагами для нас; мы не можем с ними справиться, так как они нас переживут, и потому наверняка вырвут власть из наших обессилённых рук» [12]. И там же ниже Юнг делает замечание по поводу того, что тот человек (невротик), который откажется жить естественной, полной риска жизнью, «будет вынужден подавлять в себе искушение совершить самоубийство». Замечательно, что Сабине Шпильрейн удалось (даже помимо их желания) связать между собой два гениальных ума: Юнга, на выводы которого она ссылается как полностью соответствующие своим, и Фрейда, который в работе «По ту сторону принципа удовольствия», в свою очередь, ссылается на Шпильрейн как «предвосхитившую значительную часть его рассуждений».

Шпильрейн заметила, что у девушек, с которыми она работала, при возможности реализовать свои сексуальные желания, часто возникает определенный страх: они чувствуют врага в самих себе – «это собственный жар любви, с

железной необходимостью принуждающий к тому, чего не хотят, они чувствуют скоро проходящий конец, от чего напрасно хотелось бы бежать в незнакомые дали. Им хотелось бы спросить – и это все? Это вершина и больше ничего не будет сверх этого?» [10].

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

Шпильрейн, так же как и позже Фрейд, ссылается на биологические факты, указывающие на то, что многие живые существа погибают непосредственно в момент произведения новой жизни и нового поколения. Высокоорганизованный организм, естественно, не весь разрушается в момент полового акта, но уничтожаются его важнейшие экстракты, мужская часть растворяется в женской, а женская, благодаря внедрению чужого захватчика, начинает быстро и интенсивно перестраиваться и разрушаться. При этом чувство наслаждения, заложенное в инстинкте продолжения рода, так и страх и отвращение соответствуют разрушительным компонентам самого сексуального влечения.

Шпильрейн практически полностью предвосхищает дальнейшие мысли Фрейда по поводу стремления всего живого к начальному неорганическому состоянию. Она пишет, что не зря Анаксагор находил происхождение мировой скорби в дифференцировании сущего из праэлементов. Боль человеческого бытия заключается в том, что «каждая частица нашего существа стремится к обратному превращению в свою изначальность, из чего потом опять прорастает новое становление» [10].

Соглашаясь в целом с постулатом Фрейда о подчиненности психической деятельности принципу удовольствия и переходя к анализу первой дуалистической теории влечений, Шпильрейн, в отличие от Фрейда, не столько противопоставляет их, сколько «рядопологает», указывая, что напряженность одного сни-

жается удовлетворением другого, и что во многом они взаимозаменяемы.

Замечая возможность наслаждения от боли, «которая сама по себе тяжело окрашена неудовольствием, ведь боль соответствует повреждению индивида, чему противится в нас инстинкт самосохранения», она признает, что в «нашей глубине есть что-то, как бы парадоксально это ни звучало а priori, желающее этого самоповреждения, поскольку Я реагирует на это с удовольствием. Желание самоповреждения, радость от боли, однако совершенно непонятны, если мы учитываем только жизнь Я, желающего иметь только удовольствие» [10].

Опираясь на идеи Юнга, Шпильрейн описывает возможный антагонизм между Я и «родовой душой», когда интересы Я могут не совпадать с интересами родовой души и то, что человек не столько индивидуум, сколько «дивидуум», так как психика разделена и состоит из комплекса автономий. При определенных обстоятельствах автономный комплекс Я имеет неодолимое стремление раствориться в душе рода. Что же может означать это растворения для Я-частицы, если не смерть? – резонно спрашивает Шпильрейн и подчеркивает, что именно для пациентов с расстройствами психической деятельности (шизофренией и неврозами) характерно выраженное преобладание тенденции комплекса Я к разрушению, а не становлению. Если при шизофрении комплекс Я полностью поглощается родовой психикой, и Я прекращает функционировать, то при неврозах Я ведет изнурительную символическую борьбу с резко усиленной тенденцией к разрушению. Поскольку с точки зрения Шпильрейн разрушение тесно связано и вытекает из сексуальности, становится понятен страх невротиков перед сексуальностью, половым актом и беременностью. У невротиков деструктивный импульс и так силен настолько, что лишь ценой существенного понижения качества своей жизни они могут выдерживать его осаду. Сексуальность и половой акт для невротика – это настоящий троянский конь, с помощью которого деструктивность пытается проникнуть вглубь охраняемого неврозом ригидного центра Я.

Заметим здесь одну важную неточность, которую допускает Эткинд и некоторые другие авторы, изучающие теорию Шпильрейн. Указывается, что Шпильрейн противопоставляет сексуальное влечение влечению к разрушению

и уничтожению жизни. Если мы внимательно прочитаем работу Шпильрейн, то поймем, что это не так. Она обнаружила в сексуальном влечении деструктивный компонент, связь сексуальных желаний и представлений о смерти, амбивалентность сексуального влечения, но она не постулировала их противоположности. Она постулировала их рядоположность в силу амбивалентности сексуального влечения и наличия в нем деструктивного компонента, но амбивалентность – не есть противоположность. Это противопоставление – результат дальнейшего развития идеи Шпильрейн Фрейдом. Шпильрейн писала лишь о том, что «инстинкт сохранения вида по своей сути амбивалентен; поэтому возбуждение положительной составляющей вызывает одновременно возбуждение отрицательной и наоборот» [10]. Она полностью соглашается со Штекелем, который также выводит деструктивные тенденции из сексуальности, но не сексуальные тенденции из деструктивности. Она цитирует его слова о том, что «высшее удовлетворение жизнью часто выражается в желании смерти. Похожие психологические воззрения имеют, впрочем, значение и для самоубийства и также выбор смерти находится под влиянием эротических фантазий. Эти мысли неоднократно повторялись поэтами; также и философы неоднократно освещали эти связи между Эросом и Тантамом» [10]. Если обычное «обузданное» сексуальное влечение протекает со слабыми деструктивными проявлениями: поддразниванием, причинением боли, то «дикая страсть садиста разряжается в отвратительных сценах, которые могут дойти до убийства из сладострастия», – пишет далее Шпильрейн [10].

Все имеющиеся у человека деструктивные тенденции Шпильрейн последовательно выводит из сексуальности: «соответственно содержащимся в сексуальном инстинкте разрушающим элементам, более активно настроенный мужчина имеет также и более садистические желания: он хочет разрушить возлюбленную. Женщина, представляющая себя, по преимуществу, как объект любви, хочет быть разрушенной», а «направленная против себя любовь ведет к самодеструкции, так, например к самоумерщвлению плоти, мученичеству, да и к полному уничтожению собственной сексуальности как при кастрации. Это лишь различные формы и степени самоуничтожения» [10].

В конце работы она подтверждает связь между сексуальностью и деструктивностью амбивалентным значением сексуальной символики в снах и мифологии (например, лошадь – одновременно символ сексуальности и смерти). Она приводит пример любви Христа к человечеству и его смерть на кресте, который по легенде был сделан из дерева жизни, выросшего над могилой Адама – первого человека на Земле. Она вспоминает Ницше, в творчестве которого сексуальность и деструктивность переплелись очень тесно, а Ницше вспоминает всех поэтов, вечно рифмующих любовь и смерть.

Нами был разработан вариант ассоциативного теста для выявления патологической активности, направленной против жизни. Для этих целей были отобраны слова, имеющие отношение к темам смерти, жизни и нейтральные. Мы предполагали, что бессознательное усиление влечения к смерти должно привести к усилению страха смерти и этот страх приведет к образованию отрицательно заряженного комплекса смерти, который можно будет выявить по увеличению времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти в сравнении со временем реакции на нейтральные слова. Наше предположение подтвердилось. Комплекс смерти был выявлен как у психически здоровых лиц, так и, в особенности, у лиц с невротической и психосоматической патологией. В группе контроля мы решили определить – какие из предложенных слов, вне зависимости от их тематической принадлежности, дадут максимальное увеличение времени реакции, то есть, какие слова вызывают максимальную эмоциональную реакцию. В результате с помощью теста, который разрабатывался около года, с помощью методов математической статистики, с помощью компьютерной обработки материала мы получили информацию, которая на протяжении тысяч лет была известна всем поэтам. Два слова вызвали максимальное увеличение времени реакции: «смерть» и «любовь».

В 1913 году, буквально через год после публикации работы Шпильрейн, в международном журнале психоанализа появляется положительная рецензия Пауля Федерна – официального личного представителя Фрейда. В ней выражается признательность Шпильрейн за попытку теоретического анализа амбивалентных компонентов влечений. «Так как эти проблемы в настоящее время пока недоступны разрешению, – пишет Федерн, – то нам не

остаётся ничего иного, как не вступая в полемику относительно её гипотез быть благодарными Шпильрейн за кропотливую и необычайно интересную работу, в которой представлены взаимосвязи представлений смерти и возрождения, влечения к продолжению рода и желаний смерти, утверждения Я и стремления затеряться в универсальном» [16].

Фрейд, не испытывающий к Сабине Шпильрейн той личной неприязни, которую он испытывал к Адлеру, в письме к Юнгу отозвался о ее работе, тем не менее, довольно скептически. Он признает ее талант и даже видит смысл во всем, что она сообщает, но «её деструктивное влечение мне не очень нравится, потому что мне кажется, что оно личностно обусловлено. Она выглядит ненормально амбивалентной» [19]. Правда, здесь нужно помнить, кому написаны эти слова – они написаны бывшему лечащему врачу докладчицы, который не только не сумел удержаться с ней в рамках отношений «врач – пациент», но и не удержался от того, чтобы призвать Фрейда в качестве третьей стороны. По разным причинам Фрейд встал на сторону Юнга.

Лишь в 1914 году в журнале «Имаго» Фрейд опубликовал статью «Современный взгляд на войну и смерть», в которой впервые задался вопросом: «Не лучше ли нам придавать смерти в жизни и наших мыслях место, которое ему соответствует, и уделять больше внимания нашему бессознательному отношению к смерти, которое мы обычно так старательно подавляем?» [18]. Спустя почти 20 лет Фрейд скажет: «Я помню моё собственное защитное отношение к идее инстинкта разрушения, когда она впервые появилась в психоаналитической литературе, и то, какое долгое время понадобилось мне, прежде чем я смог её принять» [17].

В работе «По ту сторону принципа удовольствия», как мы уже говорили, Фрейд делает ссылку на Сабину Шпильрейн. Эта ссылка не помешала позже Юнгу обвинить Фрейда в том, что последний присвоил себе идею его ученицы. Нельзя сказать, что обвинения Юнга в данном случае обоснованы. Сабина Шпильрейн, равно как и Адлер, выдвинула лишь идею (от которой Адлер, кстати, позднее отказался). Фрейд же, исходя из собственного клинического материала, самостоятельно развил эту идею в смелую теорию, которая заставила его в корне пересмотреть основы психоаналитической парадигмы, и, может быть, никогда

ранее он не высказывал столько осторожности и сомнений по поводу своих рассуждений и выводов. «Меня могли бы спросить, – писал он, – убеждён ли я сам, и в какой мере, в развитых здесь предположениях. Ответ гласил бы, что я не только не убеждён в них, но и никого не стараюсь склонить к вере в них. Правильнее сказать, я не знаю, насколько я в них верю» [5]. Только в 1923 году Фрейд окончательно формулирует свои выводы относительно «двух видов первичных позывов», действующих «в каждой живой субстанции» [7]. Но и в 1933 году, спустя 13 лет после выхода в свет «По ту сторону принципа удовольствия», Фрейд всё ещё пишет о влечении к смерти, которое противостоит влечению к жизни и приводит живое к неорганическому состоянию, как о гипотезе. Он всё ещё опасается обвинений со стороны читателей в спекулятивной философии и заявляет, что не пойдёт «дальше той области, где нам открылась эта точка зрения» [6].

Литература:

1. Гротьян М. Переписка Фрейда. В кн.: Энциклопедия глубинной психологии. – М., 1998. – Т. 1.
2. Лейбин В.М. Фрейд, психоанализ и современная западная философия. – М., 1990.
3. Степанов С. Психология в лицах. – М., 2001.
4. Фрейд З. Анализ фобии пятилетнего мальчика. В кн.: Психология бессознательного: Сб. произв. – М., 1990. – С. 117.
5. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. В кн.: Психология бессознательного: Сб. произв. – М., 1990.
6. Фрейд З. Продолжение лекций по введению в психоанализ. – М., 1989.
7. Фрейд З. Недовольство культурой // Психоанализ. Религия. Культура. – М., 1992.
8. Фрейд З. Я и Оно: Труды разных лет. – Тбилиси, 1991.
9. Шпильрейн С.Н. Деструкция как причина становления. – Логос. Философско-литературный журнал. – 1994.
10. Шпильрейн С.Н. Деструкция как причина становления // Антология российского психоанализа. – М., 1999. – Том 1, № 5. – С. 118-142.
11. Эткин А. Эрос невозможного. История психоанализа в России. – СПб., 1993.
12. Юнг К.Г. Либи́до, его метаморфозы и символы. – СПб., 1994.
13. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М., 1999.
14. Carotenuto A. A Secret Symmetry. Sabina Spielrein between Freud and Jung. London: Routledge, 1980.
15. Cremerius J. Sabina Spielrein – ein frühes Opfer der psychoanalytischen Berufspolitik. «Forum der Psychoanalyse», 1987. – В. 3.
16. Federn P. Review of: Spielrein. Die Destruction als Ursache des Werdens. Zeitschrift. – 1913. – № 1.
17. Freud S. Civilisation and Discontent // Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. – 1961. – Vol. 21. – P. 231-234.
18. Freud S. Thoughts for the times on war and death // Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud. – 1961. – Vol. 14. – P. 112-118.
19. Freud-Jung Letters. W. McGuire, ed. London: Howard, 1974.
20. Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. – N.Y., 1975. – Vol. 4. – P. 1912-1918.
21. Spielrein S. Die Destruction als Ursache des Werdens // Jahrbuch für psychanalytische und psychopathologische Forschungen. – 1912. – № 4. – С. 18-22.

THE THEORY OF THE DESTRUCTIVE IMPULSES OF SABINA SPIELREIN

Y.R. Vagin

Psychological Center, Perm, Russia

In 1909, Sabina Spielrein, it was suggested that in addition to sexual attraction there is the attraction to the destruction and the destruction of life. Later, offered an original theory of destructive impulses. In this article the author draws attention to the fact that S. Spielrein was first discovered in the destructive component of sexual attraction, sexual desire and relationship concepts of death, the ambivalence of sexual desire, but it is not postulated their opposites. It is postulated to ryadopolozhnost by ambivalence of sexual desire and the presence in it of the destructive component.

Key words: the death instinct, aggression, Sabina Spielrein

ДЕРМАТОГЛИФИКА СТОП У ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А.Н. Чистикин, Т.А. Чистикина, М.О. Зороастров

Тюменская государственная медицинская академия

Контактная информация:

Чистикин Анатолий Николаевич, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздравсоцразвития России, тел.: (3452) 30-94-34, e-mail: RV9LI.ANATOL@yandex.ru

Чистикина Татьяна Анатольевна, к.м.н., доцент, старший инспектор отдела розыскной и криминалистической информации информационного центра УМВД России по Тюменской области

Зороастров Максим Олегович, к.м.н., ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздравсоцразвития России

Проведено изучение отпечатков кожных узоров стоп в группе лиц, по данным следствия погибших от самоубийств. В топографии главных подошвенных линий А, В, С, Е было установлено достоверное увеличение окончаний типа «Х». Узорность ногтевых фаланг пальцев в группе самоубийц отличалась упрощением рисунков. Гребневой счет в исследованной группе на большинстве пальцев увеличен.

Результаты исследований выявили наличие определенных уклонений дерматоглифики в группе самоубийц, что указывает на существование генетических основ этого явления.

Ключевые слова: суицид, дерматоглифика.

В структуре смертности значительное место занимают самоубийства. В настоящее время этот показатель во многих регионах России превышает уровень 20 на 100000 населения. Поэтому не случаен интерес исследователей к этой причине смерти [5, 8, 10, 14]. Необходимо отметить, что показатели уровня смертности от самоубийств являются общими характеристиками территорий, не учитывающими факторы, влияющие на его изменения. Между тем, по данным некоторых авторов [3], необходимо учитывать возрастно-половые и территориальные градации населения, обуславливающие существенные различия в уровне, динамике и тенденциях показателей числа самоубийств в каждом регионе. Кроме того, на уровень смертности от самоубийств может влиять профессия [11], наличие тяжелой соматической патологии и психических расстройств [1, 7, 9 и др.]. Важным представляется наличие зависимости между самоубийствами и этнической принадлежностью субъектов [2, 5, 6, 13]. Установлены также связи самоубийств с генетическими факторами, что было показано с использованием близнецового метода [15, 16].

Не вызывает сомнения необходимость проведения определенной профилактической работы для снижения уровня самоубийств. Возникает необходимость формирования научной базы с целью разработки стратегии профилактики. Однако генетическим основам самоубийств в судебно-медицинской науке до

настоящего времени уделялось недостаточное внимание. Поэтому представляется необходимым проведение широких исследований генетических особенностей самоубийств.

Цель исследования: анализ описательных признаков дерматоглифики стоп у мужчин, совершивших завершённый суицид.

Материал и методы:

Проведено изучение отпечатков кожных узоров стоп в группе лиц, погибших (по данным следствия) от самоубийств. Количество обследованных – 50 человек мужского пола первого и второго периодов зрелого возраста. Контрольная группа была составлена из отпечатков 50 мужчин, умерших от различных причин, при которых достоверно исключалась возможность самоубийств. Отпечатки были получены методом типографской краски с использованием разработанной авторами оригинальной методики. Дерматоглифическая обработка отпечатков проведена по методу Т.Д. Гладковой [4]. При этом были исследованы как описательные, так и количественные признаки дерматоглифики. Все полученные данные подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждение.

Изучение описательных признаков дерматоглифики стоп показало значительное отличие строения гребешковой кожи самоубийц от контрольной группы. Прежде всего, это имело место в распределении полей окончаний главных ладонных линий стоп. Так, главная по-

дошвенная линия А значительно чаще, чем в контроле, прерывалась (окончание X) на обеих стопах. Величина этого показателя достигала $28,5 \pm 12,1\%$, тогда как в контроле она была менее 10% ($p < 0,001$). Главная подошвенная линия А также в большем числе наблюдений оканчивалась справа в поле 9, слева в поле 7, но оканчивалась реже в поле 1" на обеих руках ($p < 0,001$). Главная линия В на левой стопе в исследованной группе достоверно чаще, чем в контроле, имела окончание X. Здесь была достоверно увеличена частота окончаний линии в поле 7, но уменьшена в поле 9 ($p < 0,001$). В группе самоубийц на обеих стопах частоты окончаний линии В в поле 1" были уменьшены до $21,4 \pm 11,0\%$, тогда как в контрольной группе слева частота таких окончаний была равна $40,0 \pm 11,0\%$, справа – $50,0 \pm 11,2\%$ ($p < 0,001$). Главная подошвенная линия С имела особенности окончаний лишь на левой стопе. Здесь было увеличено количество прерываний линии (окончание X) со степенью достоверности $p < 0,001$. Имело место достоверное уменьшение частот окончаний линии С в поле 1" ($p < 0,01$) и в поле 9 ($p < 0,001$).



Рис. 1. Дуговой узор



Рис. 2. Т-образная дуга

В окончаниях главной подошвенной линии D установлено увеличение частот окончаний в поле 1" ($p < 0,05$) на правой стопе до $78,5 \pm 11,0\%$ и в поле 7 до $14,3 \pm 4,9\%$ ($p < 0,001$). Главная подошвенная линия Е отличалась от контроля

лишь достоверным увеличением до $35,7 \pm 12,8\%$ частот прерываний на левой стопе (окончание вида X) при $p < 0,001$.

Узорность ногтевых фаланг пальцев в группе суицидентов отличалась упрощением рисунков – увеличением частот дуговых узоров на большинстве пальцев обеих стоп со степенью достоверности до $p < 0,001$ (рис. 1, 2).

Четких закономерностей в распределении завитковых узоров в нашем материале не было отмечено. Имело место лишь достоверное снижение частоты завитков на третьем пальце левой стопы до $48,0 \pm 10,0$ ($p < 0,001$) и увеличение частот этого узора на вторых пальцах обеих стоп (слева до $20,0 \pm 8,0\%$, справа до $32,0 \pm 9,3\%$) при $p < 0,001$ (рис. 3-5).



Рис. 3. Петлевой узор



Рис.4. Завитковый узор



Рис.5. Двойная петля

Гребневой счет в исследованной группе на большинстве пальцев был несколько выше,

чем в контроле. Это привело к соответствующему увеличению общего гребневого счета до 120,87 в группе самоубийц (в контрольной группе гребневой счет был равен 106,81).

В распределении величин межпальцевых гребневых счетов отмечена достаточно четко выраженная закономерность – в группе лиц, совершивших суицид, имело место увеличение гребневых счетов в области тибального края стопы, при снижении величин у фибулярного края стопы. Однако большинство этих различий наблюдалось на уровне тенденций. Достоверные различия были лишь в величинах гребневого счета на левой стопе – $50,39 \pm 4,34$ у самоубийц и $36,43 \pm 3,73$ в контрольной группе ($p < 0,05$).

В целом, результаты наших исследований выявили наличие определенных достоверных уклонений дерматоглифики в группе суицидентов, что указывает на существование генетических основ этого явления. Представляется необходимым проведение углубленных исследований строения кожных узоров в группе лиц с завершенным суицидом с целью разработки методов активной профилактики самоубийств.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Кряжев С.В. Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании // Актуальные вопросы социальной психиатрии. – М., 1979. – С. 149-157.
2. Арасланова Л.Д., Подлужная М.Я. Демографические процессы среди коренного населения северных регионов Пермской области // Научно-технич и приполярная медицина. Тез. Докл. 4-го междунар. Симпозиума по приполярной медицине. – Новосибирск, 1978. – Том 1. – С. 23-25.
3. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Пусть умирает тот, кто не хочет жить? (Медико-социальный взгляд на проблему самоубийств). – Краснодар, 1994. – 149 с.
4. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. – М., Наука, 1966. – 166 с.
5. Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Оренбург, 1992. – 24 с.
6. Ежова Н.Н. Факторы риска и прогнозирование медико-демографических процессов в Удмуртской АССР // Состояние здоровья населения и факторы риска. – Пермь, 1991. – С. 26-30.
7. Коржавская В.Ф. Самоубийства, связанные с нарушением психики при различных заболеваниях // Вопросы судебной медицины. – Л., 1977. – Вып. 1. – С. 71-76.
8. Кузнецов В.Е. Этапы развития отечественной и дореволюционной суицидологии. Психиатрические и междисциплинарные аспекты: дисс. канд. мед. наук. – М., 1987. – 160 с.
9. Милорадов Ю.Е. К вопросу о самоубийствах на почве тяжелых соматических заболеваний и физических недостатков // Вопросы судебной медицины. – Л., 1977. – Вып. 1. – С. 76-77.
10. Польшов Е.П., Польшова В.Е. Судебно-медицинские аспекты смертности населения республика Мари-Эл от самоубийств и убийств за 1987-1996 годы // Правовые и организационные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Киров, 1997. – С. 95-100.
11. Постовалова Л.И. Распространенность самоубийств в СССР // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 1989. – С. 24-34.
12. Прошутин В.Л. Комплексное социально – гигиеническое и судебно-медицинское исследование самоубийств в регионе повышенного риска: Дисс. докт. мед. наук. – М., 2001. – 234 с.
13. Соболева Л.Ф. Суицид и связанные с ним психогигиенические проблемы в Венгрии // Тр. Ленингр. научно-исслед. психоневрологического института. – Л., 1985. – Том 110. – С. 19-24.
14. Спиридонов В.А. Медико-статистический анализ завершенных суицидов в г. Казани за 1988-1992 гг. // Казанский медицинский журнал. – 1994. – № 4. – С. 296-298.
15. Murphy G. The prediction of suicide: Why is it difficult? // Amer. J. Psychoses. – 1984. – Vol. 38, № 3. – P. 341-349.
16. Roy A. Genetic factors in suicide // Psychopharmacol. Bull. – 1986. – Vol. 22, № 3. – P. 666-668.

DERMATOGLYPHICS FEET IN PERSONS WITH SUICIDE

A.N. Chistikin, T.A. Chistikina, M.O. Zoroaster

Tyumen State Medical Academy, Russia

The study of dermal fingerprint patterns feet a group of persons, according to the investigation of deaths from suicide. In the topography of the main lines of plantar A, B, C, E found a significant increase in terminations of type «X». Patterned nail phalanges in the group of suicide differed simplistic drawings.

Ridge from the studied group, the majority of the fingers extended. Research results have revealed the presence of certain deviations dermatoglyphics in a group suicide, which indicates the existence of a genetic basis for this phenomenon.

Key words: suicide, dermatoglyphics.

АУТОАГРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

С.В. Бойков, В.А. Юлдашев

Республиканская психиатрическая больница №2 МЗ РБ, г. Стерлитамак
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Контактная информация:

Юлдашев Владимир Лабирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский ГМУ» Минздравсоцразвития России, тел.: (347) 272-70-04, e-mail: uvlprof@gmail.com
Бойков Сергей Валерьевич, врач-психиатр ГБУЗ «Республиканская психиатрическая больница №2» МЗ РБ, г. Стерлитамак, e-mail: serg123boy@mail.ru

Представлены результаты обследования 114 амбулаторных больных с аффективными нарушениями. Изучены показатели агрессии и признаки, влияющие на проявление аутоагрессивного поведения. Это позволит врачам общепсихиатрической практики получить представление о степени потенциальной социальной опасности конкретного больного, а также поможет разработке мероприятий медицинского и социального характера для профилактики аутоагрессивного поведения.

Ключевые слова: аутоагрессия, аффективные нарушения, стресс.

В 2009 году Россия вышла на третье место по количеству самоубийств на душу населения, а по количеству подростковых самоубийств занимает первое место в мире. Ежегодно в нашей стране от суицида погибают более 54 тысяч россиян. Данное положение по уровню суицидов в России ВОЗ оценивается как критическое [4].

По прогнозам учёных, число самоубийств в мире к 2020 году, составит более 1,5 миллионов ежегодно. ВОЗ называет около 800 причин самоубийств. Среди них наибольший процент составляют страх перед наказанием – 19%, психические заболевания – 18%, бытовые причины – 18% и т.д. Тем не менее, 60% всех самоубийств совершают больные с депрессией. Данное предположение полностью согласуется с теоретическими воззрениями ведущих учёных мира, изучающих гетероагрессивное и аутоагрессивное поведение. Так, по мнению О. Кернберга [2], предложившего общую теорию аффектов как структурных компонентов влечений, ненависть и как следствие агрессивное влечение, занимает центральное место в поведении человека. М.А. Качаева и Д.М. Давыдов [1] отмечали внутреннюю спаянность различных форм агрессии (драчливость, вербальная агрессия, агрессивное фантазирование, аутоагрессия, зоосадизм, смешанная агрессия) в структуре агрессивного поведения. Другие авторы [5, 6] в своих трудах показали связь между различными симптомами депрессии и агрессивным, в том числе и аутоагрессивным поведением.

Цель исследования: анализ обусловленности аффективных расстройств и аутоагрессивных проявлений.

Материал и методы:

Обследовано 114 пациентов (70 мужчин и 44 женщины, в возрасте от 18 до 65 года, средний возраст $33,95 \pm 1,7$ лет). В структуре психопатологических проявлений, которых преобладала аффективная симптоматика.

Выборка формировалась на синдромальном уровне из амбулаторного контингента больных.

В контрольную группу вошли 70 здоровых испытуемых (29 женщин и 41 мужчин, в возрасте от 19 до 65 лет в среднем $36,7 \pm 1,4$ лет), сопоставимых по возрасту и полу с основной группой.

При решении поставленных задач применены клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистические методы.

Результаты и обсуждение:

При сравнении параметров агрессии в группе пациентов с аффективными нарушениями и группе контроля фиксировались более высокие средние значения показателей таких параметров как: физическая агрессия ($t=2,16$, $df=182$, $c=0,033$); аутоагрессия ($t=3,415$, $df=182$, $c=0,001$); обида ($t=3,17$, $df=182$, $c=0,002$); подозрительность ($t=4,223$, $df=182$, $p<0,001$); враждебность ($t=4,295$, $df=182$, $p<0,001$) метода Басса-Дарки.

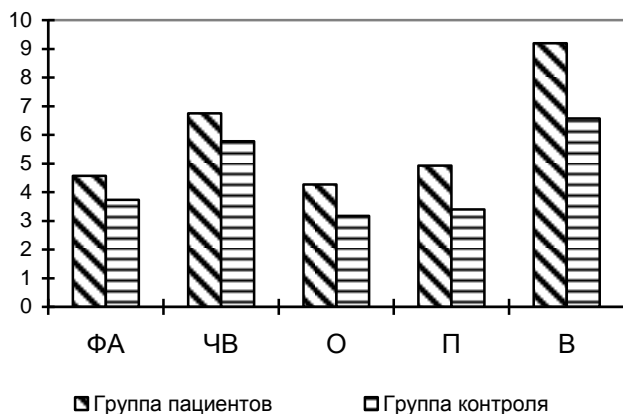


Рис. 1 Уровень показателей физической агрессии (ФА), аутоагрессии (ЧВ), обиды (О), подозрительности (П), враждебности (В) метода Басса-Дарки в группе пациентов и контрольной группе.

Для дальнейшего анализа больные с аффективными нарушениями были поделены на группы. Выделены группы с астенодинамическим, тоскливомеланхолическим, тревожнофобическим, дисфорическим, гипоманиакальным и маскированным типом аффективных нарушений, проведено сравнение показателей и форм агрессии по методике Баса-Дарки.

В результате исследования выявлено, что только пациенты с тревожнофобическим типом аффективных нарушений характеризовались статистически значимыми, большими показателями по параметру аутоагрессии ($t=3,505$, $df=100$, $c=0,001$), в сравнении с группой контроля, как представлено на рисунке 2.

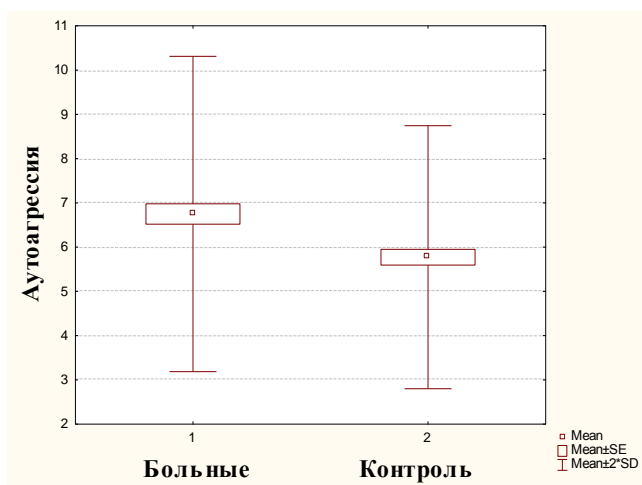


Рис. 2 Степень выраженности показателя аутоагрессии метода Басса-Дарки у больных с тревожно-фобическим типом аффективных нарушений и в группе контроля.

Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов [3, 5, 7 и др.], указывающих, что суицидальные идеации, парасуицидальное поведение и истинное суицидальное поведение, выступают как попытки справиться с тревожащими, угнетающими идеями и образами, аффектами депрессивного комплекса, при недостаточности психологических средств для преодоления психотравмирующих ситуаций.

При исследовании связей параметра аутоагрессия с различными факторами было выявлена сопряженность показателей аутоагрессии ($r=0,43$, $c=0,01$) методики Басса-Дарки с количественной характеристикой бальной оценки стрессоустойчивости полученными при проведении методики Т. Холмса и Р. Рейха. Психические травмы, перенесенные в детстве (такие как развод родителей, вынужденная разлука или тяжелая болезнь одного из родителей), также сопряжены с показателем «аутоагрессия» метода Басса-Дарки ($r=0,56$, $c=0,04$). При оценке семейного микроклимата выявлено наличие корреляционных связей конфликтных отношений в семье (частые ссоры, драки) с параметром аутоагрессия ($r=0,64$, $c=0,01$).

Примечательно, что отсутствует четкая дифференциация проявлений агрессии у больных с аффективными нарушениями. Треть из них (29,2%) направляли агрессивные импульсы, как на окружающих, так и себя (корреляционные связи суицидов в анамнезе с враждебностью и косвенной агрессией Басса-Дарки $r=0,56$, $c=0,04$ и $r=0,68$, $c=0,03$ соответственно).

Ранний возраст начала употребления алкоголя, табакокурения и сексуальной жизни, обнаруживают связь с показателем аутоагрессии ($r=0,49$, $c=0,05$).

Из представленных данных, можно сделать вывод о том, что больные с аффективными расстройствами, по сравнению со здоровыми испытуемыми, проявляют более высокие показатели аутоагрессии. При этом немаловажное влияние на аутоагрессивное поведение имеет тревожно-фобический тип аффективных нарушений.

Наши наблюдения подтверждают, что большое значение на формирование аутоагрессивного поведения оказывают стрессы, характер и условия семейного воспитания. Дети, наблюдая насилие в семье, убеждаются в его эффективности, усваивают эти стереотипы поведения, испытывают их на практике вначале

на вербальном уровне, в дальнейшем отрабатывают технические приемы и по мере взросления приступают к ее физической реализации. При этом отмечается некоторый психологический инфантилизм агрессивных пациентов, проявляющийся в отсутствии дифференцированной направленности (ауто- или гетеро-) агрессивных векторов.

У агрессивных пациентов с аффективной патологией отмечался некоторый эгоцентризм и эксцентричность в поведении, определяющие своеобразный «шлейф» асоциальности и цинизма в реальной жизни. Такие личности рано начинали сексуальную жизнь, были неспособны к установлению длительных, чувственных связей, склонны к промискуитету, легко решались на употребление алкоголя, табака, «легких» наркотиков, склонны к разрушению моральных и этических устоев бытующих в обществе и, как правило, часто привлекались к административной и уголовной ответственности. Наши данные, в целом, подтверждают мнение В.В. Устиновой [3] о том, что одних только фактов наблюдения за насильственными формами поведения и испытания насилия на себе недостаточно для раннего формирования агрессивности. Необходимым условием для этого является неустойчивость мотивационно-ценностной структуры личности.

Учитывая то, что (по данным ВОЗ) в более чем в половине стран мира отсутствуют национальные стратегии, направленные на предупреждение суицидов, по нашему мнению, необходимо продолжать изучение проблем психического здоровья населения.

Литература:

1. Качаева М.А., Давыдов М.А. Влияние биологических и социальных факторов на формирование типов и механизмов агрессивных действий женщин с психическими расстройствами // Рос. психиатр. журнал. – 1999. – № 2. – С. 37-44.
2. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности: пер. с англ. – М.: Класс, 1998. – 367 с.
3. Устинова В.В. Особенности формирования личности несовершеннолетних насильственных преступников // Насилие, агрессия, жестокость. Криминально-психологическое исследование. – М., 1990. – С. 40-56.
4. Экономический кризис и психическое здоровье / ВОЗ, 2011. – 24 с.
5. De Rose C., Fioravanti M. Depressive symptoms and personality characteristics: phenomenology of affective disorders // Riv. Psichiatr. – 2010. – Vol. 45, № 4. – P.209-213.
6. Fite P.J., Raine A., Stouthamer-Loeber M. et al. Reactive and proactive aggression in adolescent males. Examining Differential Outcomes 10 Years Later in Early Adulthood // Crim. Justice Behav. – 2009. – Vol. –37, № 2. – P. 141-157.
7. Ji E.S., Jang M.H. Aggression and related factors in elementary school students // J. Korean Acad. Nurs. – 2010. – Vol. 40, № 5. – P. 642-9.

AUTOAGGRESSION IN PATIENTS
WITH AFFECTIVE DISORDERS

S.V. Boykov, V.L. Yuldashev

Republican Mental Hospital № 2, Sterlitamak, Russia
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

The paper reveals the results of the survey of 114 outpatients with affective disorders. Different indicators of aggression and early symptoms predicting autoaggressive behavior were investigated. This should provide an opportunity for general psychiatrists to have a notion of potential social hazards of each given patient and also should help develop medical and social measures for the prevention of autoaggressive behavior.

Key words: autoaggression, affective disorders, stress.