

Несуицидальные формы аутоагрессивного поведения при аддиктивных расстройствах

БИСАЛИЕВ Р.В.

к.м.н., доцент кафедры морфологии человека Астраханского государственного университета

Статья посвящена анализу проблемы несуицидального поведения при аддиктивных расстройствах. Рассматривается феноменология латентных форм аутоагрессивного поведения, клинические проявления несуицидального поведения. Анализ данных литературы показал, что многие аспекты проблемы несуицидального аутоагрессивного поведения требуют дальнейших углубленных исследований.

Введение

Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения, критический уровень суицидов составляет 20 завершенных самоубийств на 100 тыс. населения, а более 40 — экстремальный. В Российской Федерации этот показатель в разных регионах превышал 40 на 100 тыс. населения, что делает проблему суицидов в нашей стране сверхактуальной [5]. Частота суицидальных попыток примерно в 5—10 раз выше (60—220 на 100 тыс. населения) [48, 52]. Достоверная информация по суицидам остается ограниченной по ряду обстоятельств: сокрытие факта суицидального поведения больным и его ближайшими родственниками, отсутствие полной доступности и открытости некоторых статистических данных, неполная картина, представленная в документации медицинских учреждений, правоохранительных органов [35]. Общая степень недоучета суицидов в официальной статистике колеблется в пределах 25—40% и позволяет выявить лишь яркие тенденции этого феномена [18]. Современные исследования существенно расширили сферу клинической суицидологии, поэтому буквальная трактовка термина *суицид* перестала вмещать весь спектр изучаемых явлений. Так, N. Tabachnick [132] определял *саморазрушающее поведение* как *совершение любых действий, над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль и которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти*. В.А. Тихоненко [90] под *аутодеструктивной активностью* подразумевал опасные для жизни действия, не связанные с осознанными представлениями о собственной смерти. По мнению Ю.В. Попова [76], *аутоагрессивное поведение* в широком смысле включает в себя различные действия, поступки, поведение, в результате которых вольно или невольно причиняется существенный вред себе. Он рассматривал в этих рамках не только суицидальное поведение во всех его проявлениях: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, но и алкоголизм, наркомании, токсикомании. Ю.Р. Вагин [15] считает, что поведение, направленное на ухудшение физического, психического и социального функционирования есть влечение к смерти (авитальная активность). Следует отметить, что латентные формы аутоагрессии не входят в официальные классификаторы, несмотря на то, что в их основе лежит определенное бессознательное летальное намерение. Для выяснения ситуации в этом вопросе Центр профилактики суицидов в США предложил различать 3 категории причин смерти.

Ненамеренная смерть — это смерть, в которой индивид не играет никакой активной роли.

Преднамеренная смерть — это смерть, в которой жертва играет активную роль, совершая волевые или импульсивные действия.

Полунамеренная смерть, в которой жертва играет частично бессознательную, скрытую роль [120].

А.Г. Амбрумова [2] справедливо подчеркивала, что изучение суицидального поведения нельзя сводить только к изучению законченных суицидов и суицидальных попыток, необходимо изучать все многообразие этого феномена и рассматривать отдельно различные виды и типы аутоагрессивного поведения. К сожалению, не прямое самоубийство является менее очевидным для окружающих, тем не менее, его результаты также летальны.

Изложенные дефинитивные разногласия и значительное расширение сферы клинических и психологических исследований в суицидологии явились предпосылками создания нового более расширенного понятия аутоагрессии, включающего в себя сознательную и неосознанную, внешнюю и внутреннюю, прямую и опосредованную активность, направленную на сокращение и/или прекращение жизни.

В качестве одного из факторов формирования «самодеструктивного» поведения у аддиктивных больных указывается длительно подавляемая агрессивность [128]. Согласно З. Фрейду [119], кроме инстинкта жизни (Эрос), имеется врожденный инстинкт смерти (Танатос). Инстинкт смерти, обращенный вовне, выражается во враждебности, стремлении к разрушению и убийству. При углублении конфликтов между Эго и Суперэго, наличии препятствий для разрядки агрессии Танатос проявляет себя в самонаказании, крайней формой которого является завершенный суицид. Как известно, формирование алкогольной и наркотической личности происходит параллельно с выработкой защиты от Суперэго. В психологической литературе описаны следующие виды защит: потребность в разрушении успеха, защита от совести, стремление получить наказание извне, специфическое «провокационное» поведение, готовность к чувству стыда и унижения, непереносимость ограничений и парадоксальное желание к их получению, пренебрежение собственной безопасностью и стремление переложить ответственность за свое выживание на окружающих, поиск «доверенного лица», способного вытерпеть и простить аддикта [99]. Внутренняя направленность Танатоса может рассматриваться в психодинамической интерпретации как «убийство», повернутое на 180 градусов» [106] и проявляться через некрофильные агрессивные и/или аутоагрессивные тенденции [92]. Невозможность проявления агрессии вовне может формировать не только аутоагрессивное, но и аддиктивное и невротическое поведение [101]. Феномен подавленной агрессивности у больных с болезнями патологической зависимости выража-

ется попытками показать состояние беспомощности небезбальными средствами при дефиците коммуникации: пассивным подчинением референтной группе, отрицанием и избеганием ответственности, отсутствием мотивации к лечению или ее недостатком [128]. М.В. Овсянников, Т.Б. Василец [67], описывая механизм пассивно-агрессивного поведения опийных наркоманов, считают, что основными факторами, порождающими латентно-агрессивное состояние, является зависимость больных от значимых для них лиц, страх быть отвергнутыми этими людьми. Имеются публикации, посвященные роли неотреагированной агрессии и враждебности в патогенезе психосоматических заболеваний [98]. Так, на первой и второй стадиях гипертонической болезни наиболее вероятным считается аутоагрессивное поведение, тогда как на третьей — гетероагрессивное [14]. Аналогичным направлением психосоматических исследований являются работы, посвященные проблеме бронхиальной астмы. Предполагается, что сдерживаемая агрессия, адресованная внешним объектам, обращается внутрь, вызывая вегетативный дисбаланс и создавая, тем самым, предпосылки для возникновения приступа удушья [56].

В теории влечений З. Фрейда не представлено убедительных эмпирических доказательств, заключения носят абстрактный и спекулятивный характер [92]. Категорично о влечении к смерти отзывалась и К. Хорни [94], полагая, что данная теория по своей сути является не только необоснованной и противоречащей фактам, но и, несомненно, вредной по своим последствиям. Другие авторы [22], хотя и не отрицают так называемый инстинкт смерти, но также отмечают преобладание в концепции интерпретаций биологического толка, что является значительным препятствием при использовании этой гипотезы для анализа психологических явлений. Взамен они предлагают уделять внимание «первичным агрессивным наклонностям», а для обозначения энергии агрессивных импульсов предлагают термин *агрессия*.

Е.Г. Горлова [26], описывая патопсихологические особенности патологических игроков, выявила у них возрастание субъективной значимости эгозащитных механизмов (вытеснение, отрицание, проекция, регрессия). Все больные проявляли уверенность в возможности возобновления успешной игры в будущем. Этот факт интерпретируется автором как компенсация на сознательном уровне иррациональных аутоагрессивных импульсов. Данная компенсация становится символическим выражением экзистенций возрождения и бессмертия в мире игры. В связи с этим одной из приоритетных задач психологической реабилитации зависимых от игры является изучение мотивации выбора объекта зависимости с целью выявления соотношения ресурсного психофизиологического и аутодеструктивного потенциалов личности.

В рамках психоаналитической концепции была высказана идея о самокарающих тенденциях у аддиктов, являющихся следствием травмирующего обращения с ними в детстве. Это явление было определено как «феномен prolongation боли» с желанием повторить неразрешенную боль, полученную на ранних стадиях онтогенеза [122].

Основным мотивом включения психоактивных веществ (ПАВ) и технических средств, обладающих аддиктогенным потенциалом (игровые автоматы, компьютер) в систему ценностей человека и становления аддиктивного поведения является ощущение бессмысленного существования. Экзи-

стенциальный вакуум способен формировать аддиктивный тип отклоняющего поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности [58]. С того момента, когда стремление ухода от окружающей действительности начинает занимать доминирующее положение в иерархии мотивов, индивид не только приостанавливается в своем духовном развитии, но в известной мере совершает «шаг назад» [83]. Д.И. Шустов, А.В. Меринов [108] наряду с опустошающей работой, убийством, виктимным поведением, сумасшествием выделяют и самоубийство как универсальный способ выхода из экзистенциальных тупиков (кризисов). Они же считают, что суицид является патогномичным признаком для зависимых, антисоциальных и пограничных личностей, т.е. для тех видов отклоняющего поведения, которые наиболее часто сочетаются с алкоголизацией, наркотизацией — формами их адаптивного приспособления. Хроническая интоксикация ПАВ представляет собой наиболее непродуктивную форму ухода от реальности. При негативном отношении к окружающей действительности, вследствие невозможности или нежелания приспособиться к ней, интоксикация выступает растормаживающим фактором скрытых аутодеструктивных тенденций [58, 89].

Нарастание экзистенциального вакуума чаще наблюдается в начале формирования игромании, на фоне еще незначительного искажения игровой зависимостью функционирования психической деятельности [26]. Виртуальный мир как аддиктивный агент в определенном смысле способен выполнять функцию транзитного объекта [53]. Он занимает промежуточное психологическое пространство, находясь между внутренней и внешней реальностью. В то же время все вышеизложенное — протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, попытка вывода себя из состояния скуки — является и ведущей мотивацией гетероагрессивного поведения у аддиктивных больных [58].

Безусловно, утрата смысла жизни — это необходимое, но недостаточное условие для формирования и развития аутоагрессивного поведения. Нужна еще переоценка смерти. Смерть должна приобрести нравственный смысл — только тогда представление о ней может превратиться в цель деятельности. Согласно концепции Ю.В. Попова [76], в основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем, а не подсознательная потребность в самоубийстве. Представители современных психоаналитических школ также считают, что ведущим в аддиктивном поведении является не «импульс к саморазрушению собственной личности, но дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите» [7].

Аутодеструктивная активность может проявляться через рискованные формы поведения. М. Zuckermann [цит. по 58] описал особый тип поведения — «поиск ощущений» (ПО) — поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающееся в стремлении к физическому и социальному риску. Исследования мотивации ПО показали, что аддиктивным больным в большей мере был свойственен риск в социальной сфере (различные виды отклоняющегося поведения, отрицание социальных норм), тогда как для здоровой группы характерными оказались физические способы удовлетворения потребности в риске, связанные с непосредственной угрозой жизни (например, опасные виды спорта) [11]. Обнаружена корреляция

между потреблением алкоголя или наркотических веществ и рискованным поведением (путешествия автостопом, свидания с незнакомыми людьми) [133]. Преморбидный статус больных алкоголизмом характеризовался высокой отягощенностью мотивационно-волевыми расстройствами с недостаточностью самоконтроля, наличием гедонистических, деструктивных и антисоциальных личностных особенностей [78]. Недостаток контроля в когнитивной, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфере приводит к повышенной психосоциальной уязвимости, подверженности влияниям различных неблагоприятных факторов. Этим объясняются доминирование сиюминутных побуждений и невозможность точной оценки риска собственных действий; неспособность подчинить свою деятельность более отдаленным целям. При этом отсутствие интериоризированных социальных норм может быть причиной склонности к суицидальному, импульсивному и агрессивному поведению [91]. Описано состояние перманентной войны у больных алкоголизмом ветеранов боевых действий. Будучи в ремиссии, эти лица стремились к созданию опасных ситуаций, неоправданного риска [44]. Это состояние по своему генезу близко к аддиктивному занятию экстремальными видами спорта и, безусловно, является вариантом саморазрушающего поведения [32]. Латентную «самодеструкцию» в структуре наркотической зависимости косвенно подтверждают исследования Т.С. Бузиной, И.А. Должанской [12], констатирующие психологическую склонность больных наркоманиями к рискованным видам поведения, поиску запредельных эмоциональных переживаний, даже ценой собственного здоровья. «Будущие» наркоманы достаточно хорошо представляют себе, к каким социально-психологическим и физическим последствиям это может привести. И, тем не менее, они осознанно идут на риск оказаться зависимыми от наркотика. Основными причинами перерастания употребления в злоупотребление являются сознательное или бессознательное отрицание, самооправдание и преуменьшение опасности заболевания. И.Ю. Борисов [47], анализируя молодежные движения, описал механизм «гедонистического риска». Так, возникающая угроза здоровью, безопасности, социальному статусу повышает у больного чувство удовольствия от наркотиков. «Гедонистический риск» по своей сути есть отражение общего механизма «гедонистического контраста» — чередование приятных и неприятных ситуаций с целью повышения удовольствия: успеха — неуспеха, садизма — мазохизма, угрозы — безопасности и т.п. У пациентов с химической зависимостью периодические абстинентные состояния, преследования со стороны окружающих, перемежающиеся с получением удовольствия от ПАВ, усиливают гедонистические ощущения.

Несмотря на внешне кажущиеся различия между «гедонистическим риском» и «поиском ощущений», механизмы формирования этих феноменов на наш взгляд одинаковы, а именно: причинение вреда собственному здоровью, снижение его ценности.

В свою очередь, гедонистическая установка относится не только к фактору, способствующему, но и к фактору, препятствующему трансформации аддиктивного (аутоагрессивного) поведения в болезнь [50].

Что касается патологических игроков, то они также обнаруживают неспособность в преднамеренной регуляции своей деятельности, сложности в избегании психотравмирующих ситуаций [82]. Более того, большинство ис-

следователей указывает именно на такую черту, как потеря контроля за собственным поведением [125]. В связи с этим выделяют 3 подгруппы патологических гемблеров:

- 1) с нарушением поведения;
- 2) эмоционально неустойчивые;
- 3) антисоциальные, склонные к импульсивным поступкам [32]. К иррациональным убеждениям относят следующие четыре стержневые характеристики:
 - 1) нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям;
 - 2) низкая фрустрационная толерантность;
 - 3) искажение самооценки;
 - 4) преувеличение [6].

Психологическое обследование пациентов с игровой зависимостью с помощью 16-факторного опросника Р.Б. Кэттелла выявило следующие особенности: высокая «социальная смелость» — склонность к риску, расторможенность, аномальный стиль поведения; «подверженность чувствам» — склонность к непостоянству, подверженность влиянию случая и обстоятельств, снижение соблюдения общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах; «экспрессивность» — эмоциональная дезориентация мышления, спонтанная вера в удачу; «напряженность» — активная неудовлетворенность стремлений и «неустойчивость самоконтроля» — конфликтность представлений о себе, неадекватность самооценки [31].

Увлеченность азартными играми не обязательно связана с риском. Риск может носить вымышленный характер, например при идентификации себя с участниками игр (компьютерные игры). Азартные игры, жестокие зрелища, спорт, в том числе экстремальный, обеспечивают разрядку накопившейся агрессивности и могут выступать в качестве альтернативы аддиктивному, ауто- и гетероагрессивному поведению [101]. С другой стороны, необходимо отметить высокую криминогенность некоторых аномалий поведения (патологический гемблинг, садизм, эксгибиционизм), являющихся составной частью болезней зависимого поведения. Социальная опасность этих феноменов связана с увеличением их частоты и с нарастанием психологической, социальной дезадаптации индивидуума [4].

В отечественной суицидологии распространен взгляд на аутоагрессивное поведение как на один из видов совладающего поведения в кризисных ситуациях. Описаны особые констелляции психологических защит у аутоагрессантов: обращение агрессии на себя, примитивные отрицание и идеализация, расщепление, регрессия, интроспекция [110]. Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский [85] предполагают, что возникновению паттернов аутодеструктивного поведения у аддиктивных больных способствуют непродуктивные механизмы совладания со стрессом. Предложенная ими модель саморазрушающего копинг-поведения характеризуется следующими признаками: преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов: негативная, слабо сформированная «Я»-концепция, низкий уровень эмпатии, дефицит внутреннего локуса контроля.

С целью объяснения феномена резкого повышения уровня аутоагрессивных действий среди мужчин была предложена концепция мужского депрессивного синдрома [79]. Этот синдром включает в себя склонность к злоупотреблению ПАВ, низкую толерантность к стрессу, избегающее поведение, низкий импульс контроля.

По мнению E.S. Sneedman [105], «встречается много бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств, любой аутоагрессивный поступок отражает ту или иную неудовлетворенную психологическую потребность». Известно, что фрустрация выступает катализатором отрицательных психических реакций: повышенной возбудимости, раздражительности, агрессии. Вследствие этого эмоциональное переживание психической и телесной дисгармонии в состоянии фрустрации сопровождается нарастанием признаков психосоциальной дезадаптации: разрушение образа «Я», снижение самооценки, ухудшение межличностных отношений. Более того, низкая фрустрационная толерантность, интра- и трансперсональные конфликты сами по себе являются ведущими психологическими предикторами, участвующими в формировании механизмов аутоагрессивного и антисоциального поведения [84].

Заслуживают внимания работы, посвященные изучению этиологической роли личности и ее типологических особенностей в формировании аутоагрессивного поведения. «Самодеструкция» наблюдается при всех характерологических типах. Последние, являясь крайним вариантом нормы (акцентуации), служат предрасполагающими факторами риска развития аддикции [58, 76]. В.Д. Москаленко [62] среди возможных психологических факторов формирования аддиктивного поведения выделяет психопатическую структуру личности возбудимого круга со склонностью к неоправданному риску, агрессии, импульсивным действиям, депрессивным заболеваниям. Корреляционная зависимость между частотой аутоагрессивных тенденций (демонстративные нанесения самоповреждений, отравления медикаментами, передозировки) и выраженностью личностных девиаций подтверждается в других исследованиях [80]. Зарубежные специалисты соответствующего профиля [23] считают, что умышленно наносят себе ранения молодые люди с серьезными личностными проблемами: с низкой самооценкой, агрессивным поведением, неустойчивым, часто меняющимся настроением, трудностями в межличностных взаимоотношениях и предрасположенностью к злоупотреблению ПАВ. Для этого же контингента лиц характерны повторяющиеся акты умышленного самоповреждения. И.Г. Попик, В.К. Шамрей, А.В. Рустанович [75], обследуя аутоагрессантов (с аддиктивными расстройствами, с эпилептоидным или шизоидным типом акцентуации), получили следующие результаты: 14,9% выражали уверенность, что, скорее всего, им придется завершить самоубийство; не были уверены, будут ли они повторять суицид — 34,7%.

Суицид представляет собой крайнее проявление саморазрушающего поведения и аутоагрессивности, выражающегося в стремлении к причинению себе вреда в различных формах, в том числе и физической [1].

Для всех аддиктов характерно пренебрежение своими биологическими потребностями, что выражается в нездоровом образе жизни в целом, включая, в частности, нарушение диетического режима и ритмов сна и бодрствования, игнорирование ранних признаков развития соматического

заболевания, отрицательное отношение к посещению врачей [45]. В качестве скрытого проявления аутоагрессивного поведения можно рассматривать все возрастающую рискованную тенденцию аддиктивных больных обращаться за помощью в негосударственные медицинские учреждения, доверяться целителям, экстрасенсам, магам со средним медицинским образованием или даже к лицам, не имеющим его, что нередко приводит к утяжелению соматического состояния зависимых больных, а иногда к летальному исходу [104].

Повышенную смертность больных алкоголизмом и наркоманиями связывают исключительно с токсическим действием этанола и наркотических веществ. Без «должного внимания» остаются индивидуально-личностные факторы и факторы сознательной и подсознательной намеренности приема больших доз ПАВ [27] или употребление суррогатов, оказывающих заведомо известное смертельное воздействие [66]. ПАВ способны вызывать патологию практически любых органов и систем [68]. К сожалению, предлагаемые международные программы борьбы с химическими зависимостями и связанными с ней соматическими расстройствами оказываются недостаточно эффективными [16]. Примерно треть лиц, совершивших аутоагрессивные действия, лечилась в течение 6 мес. перед смертью, 70% из них во время самоубийства страдали острыми и хроническими заболеваниями [39]. Вышеизложенное подтверждается данными патологоанатомических исследований, которые показывают, что в случае завершённых суицидов от 25 до 75% самоубийц имели различную соматическую патологию. Кроме того, коэффициент летальности по мотивам аутоагрессии, связанных с соматическими заболеваниями, существенно выше, чем при психических расстройствах (5,2 и 0,8) [34].

Больные алкоголизмом с выраженной соматической патологией по сравнению с алкогользависимыми без выраженной соматической патологии демонстрировали меньшую информированность в отношении своего соматического здоровья, результатов лабораторных исследований, показателей артериального давления, а также нерегулярность профилактических медицинских обследований и меньшую готовность следовать рекомендациям врача [74]. Тяжелое телесное изнашивание и недоедание входят в стиль жизни больного алкоголизмом [120]. Отмечена особенность больных алкоголизмом мазохистически накапливать неудачи, приходиться в физический и социальный упадок и даже подвергать себя смертельной опасности путем вызывания тетурам-алкогольной реакции [106]. Зарубежные специалисты соответствующего профиля помимо суицида выделяют следующие случаи смертей мужчин-алкоголиков: смерть от органических причин (цирроз, панкреатит, кардиомиопатия); пневмонии, признаки интоксикации при высоком содержании алкоголя в моче и отсутствии при аутопсии других значимых причин смерти, летальный исход от неизвестных причин [127]. Среди умерших внезапной сердечной смертью (без какой-либо органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы) 32% составили больные алкоголизмом [49]. Д.И. Шустов [108], не отрицая концепции соматотропного действия алкоголя, считал, что больные используют его (алкоголь) еще и как способ самонаказания, как инструмент сознательного суицидального выбора, быстрой внезапной смерти. Существует достаточно работ, указывающих на позитивные корреляции между аутоагрессивным поведением и суицидом, с од-

ной стороны, и употреблением алкоголя, наркотиков, злокачественным курением табака, с другой [121].

Еще в 1898 г. доктор Липский писал о недостатках инъекций (инъекций), которые заключаются в образовании гнилостных инфекций, травматизации кожных покровов, сосудов и нервов [73]. И.Н. Пятницкая [78] считает, что употребление наркозависимыми ненаркотических, но смертельно опасных средств: грязной воды, скипидара, масляных растворов, ацетона, производных хлора есть выражение стремления к смерти, самоуничтожению, мазохизма в самом процессе наркотизации. В этом смысле весьма показательны исследования В.Ф. Егорова, Е.А. Кошкиной, Т.Б. Гречаной [34], установившие высокий (90,0%) уровень аутоагрессии у больных, употребляющих наркотики внутривенно. В.А. Савченков, Ю.П. Сиволап [81] установили, что в 69,2% случаев больные опиумной зависимостью уклонялись от приема налтрексона. Попытки явного или скрытого отказа от приема (его имитация) мотивировались как стремлением избежать блокады наркотизации, так и снижением переносимости алкоголя на фоне действия налтрексона. Известно, что низкая мотивация к выздоровлению есть скрытое самоубийство [105]. Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о том, что при опиумной наркомании в патологический процесс вовлекаются все органы и системы с развитием как функциональных, так и органических поражений, нередко заканчивающиеся фатально. Выраженную взаимосвязь [46] между распространенностью наркоманий и смертностью от инфекционных и паразитарных заболеваний (59,3%) также можно трактовать как проявление агрессии к своему телесному «Я».

Ежегодно во всем мире от болезней, связанных с табакокурением, умирает 3 млн чел. В текущем десятилетии от этих заболеваний только на территории СНГ погибнет примерно 5 млн чел. В США потери, связанные с курением, составляют почти 26 млрд долл. в год, т.е. 11,3% от урона, наносимого всеми заболеваниями. Озабоченность и тревогу вызывает тот факт, что ущерб от табакокурения до сих пор остается вне поля внимания российских исследователей, хотя актуальность проблемы сомнений не вызывает [25]. Более того, абсолютное число курящих растет, главным образом за счет женщин и молодежи [5, 6]. Хроническая интоксикация ПАВ сопряжена с другими поведенческими расстройствами, клинически проявляющимися аутоагрессивными реакциями: трихотилломанией, сладострастной асфиксией и самоповреждениями (царапанья, экскориации) [4].

Разумеется, для специальных целей, в частности для выявления и отслеживания взаимосвязи между соматической патологией и аутоагрессией у больных алкоголизмом и наркоманиями, необходимо пользоваться и другими данными.

Другой актуальной проблемой является злоупотребление гормональными препаратами. Систематический прием с постоянным ростом толерантности ни в одном случае не приводил к летальному исходу, но провоцировал жизнеугрожающее состояние: инсулин — гипогликемическую кому, тиреоидные гормоны — прогрессирующую стенокардию, нарушения сердечного ритма, глюко- и минералокортикоиды — гипертонический криз. Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на неоднократные госпитализации в стационар в связи с urgentными состояниями больные продолжали употреблять гормональные препараты в предельно высоких дозах. Более того, все больные крайне отрицательно относи-

лись к попыткам медперсонала снизить дозу препаратов или попыткам их полной отмены [24]. Лица, прибегающие к анаболическим стероидам, не способны прекратить их потребление. Некоторые из них (piasran, FDA) называют потенциально опасным наркотиком и прогнозируют развитие гипонатризма, гепатотоксичности, даже смерть от их потребления, что является только вопросом времени [28].

Связующим звеном между наркологической патологией и аутоагрессией выступает ВИЧ-инфекция. Даже достаточная осведомленность пациентов о путях заражения ВИЧ-инфекцией, ее последствиях не меняет их поведение, что объясняется склонностью больных к риску [32]. Суицидальный риск у мужчин, страдающих СПИДом, в 36,3 раза выше, чем у мужчин без диагноза СПИД, и в 66,1 раза выше, чем в общей популяции [124]. Вступление в половой контакт с зараженными ВИЧ рассматривается иностранными авторами как осознанное самоповреждающее поведение, как «пассивный» суицидальный акт [118]. По данным Т.С. Бузиной с соавторами [13], среди респондентов, страдающих алкоголизмом, был распространен такой высокорискованный в отношении ВИЧ-инфекции вид сексуальных контактов, как анальный секс (25,4%). Большинство из них (60%) не использовали презервативы, так как доверяли своим партнерам, что может расцениваться как фактор ненамеренного самоповреждающего поведения [103]. Женщины, часто употребляющие алкоголь, пользовались меньшим количеством средств профилактики заражения заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП) и ВИЧ [71]. Обращает на себя внимание тот факт, что более 80% ВИЧ-инфицированных составляют больные наркоманиями [65]. Высокий риск заражения потребителями инъекционными наркотиками ВИЧ/СПИДом, другими гемоконтактными инфекциями, а также инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, объясняется их рискованным инъекционным и сексуальным поведением [43]. Аутоагрессия проследживается в тех наблюдениях, которые констатируют, что более половины больных СПИДом (57%) и треть (31%) «здоровых» наркоманов используют для введения наркотиков нестерильные шприцы совместно с гомосексуалистами [73]. В свою очередь лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, злоупотребляющие наркотиками, также подвержены наибольшему риску самоубийства. Было выявлено, что они предпринимают попытки к самоубийству в 2—7 раз чаще, чем гетеросексуальные партнеры, причем от 20 до 60% успешно завершают их. Важно подчеркнуть, что социальная сегрегация, приводящая к нарушениям или разрыву связей с любимыми, семьей и друзьями, является одним из наиболее надежных коррелятов суицида. Аддиктивное поведение для них было способом борьбы с ненавистью, изоляцией и страхом, исходящими от близких родственников. Видимо, поэтому 75% лиц, предпринявших попытки самоубийства, и 16% совершивших суицид хотя бы один раз лечились от отравления наркотическими и токсическими веществами или злоупотребления алкоголем [120]. Логично предположить, что выполнение несвойственной полоролевой функции больными с аддиктивными расстройствами также, по сути, является психологической «капитуляцией».

Что касается созависимых, то, как полагает В.Д. Москаленко [61], они в равной степени с наркологическими больными безответственны к своему состоянию, к своему здоровью и к своим потребностям. По вине больного ал-

коголизмом так или иначе страдают 7–8 чел., связанных с ним родственными и семейными узами. Соматическая сфера (соматическая аутоагрессия) у созависимых жен страдает в большей степени, чем у их мужчин [60].

Аутодеструктивный драйв при Интернет-аддикции, оказываясь замаскированным, проявляется уходом от биологической стороны жизни. Наблюдались случаи компьютерной аддикции, когда пользователи настолько предпочитали сетевую жизнь реальной, что проводили в сети до 18 ч в день. Непосредственной причиной смерти являлись остановка сердечной деятельности в результате депривации сна и недостатка ухода за собой или суициды из-за стрессов, полученных в сети [131], так как происходит опасное для компьютерного аддикта размывание граници между воображаемым и реальным вплоть до нарушения самоохранительных тенденций с иллюзией преодоления своей биологической хрупкости и повреждаемости [53].

Как видно из представленного материала, в литературе отсутствуют данные по влиянию игровой зависимости на соматическое состояние и связи соматических расстройств с аутоагрессией.

Одной из форм замаскированного самоубийства, идеальным инструментом самоуничтожения (по Grolman E.A., 1988), является подверженность несчастным случаям и травмам. F. Alexander [цит. по 58] рассматривал несчастные случаи как бессознательную форму самонаказания. В отечественной литературе наиболее популярен подход, связывающий травматизм и несчастные случаи у химических аддиктов исключительно с последствиями прямого токсического действия ПАВ и снижением критики, прогностических функций и волевого контроля. До 3% госпитализируемых в наркологический стационар — пациенты с тяжелыми травмами или суицидальными попытками [27]. Исследования водительского опыта и семейного статуса молодых людей (496 чел. в возрасте 16—19 лет) выявили, что юноши, с которыми с большей вероятностью случались аварии, преимущественно проводили время на улице, отличались бурным и неуправляемым характером. В состоянии эмоционального стресса они легко употребляли алкоголь или наркотики, а затем беззаботно и импульсивно управляли автомобилем, проявляя больший интерес к мощности и скорости, чем к безопасности вождения.

В целом, девушки считаются более безопасными водителями. У них, по-видимому, более выражен, чем у мужчин, эмоционально-волевой контроль. М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо [23] также считают, что к факторам, повышающим вероятность несчастного случая, ДТП (дорожно-транспортного происшествия) среди молодежи является злоупотребление ПАВ. По данным 33 стран, умеренное потребление спиртных напитков становится причиной дорожных автопроисшествий в 3—30% случаев [21]. При изучении паттерна употребления алкоголя водителями, совершившими ДТП, обнаружено, что они выпивают в процессе алкогольного эксцесса значительно больше алкоголя, чем водители, не совершавшие ДТП [79]. Невнимательность, превышение скорости, ошибки в оценке ситуации и управление автомобилем в нетрезвом состоянии часто являются следствием осознанного или бессознательного саморазрушающего поведения. Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик [107] отождествляют автоаварии у зависимых от алкоголя и наркотиков с аутоаг-

рессивным поведением, а у молодых «здоровых» лиц — с модусом рискованного поведения, которое часто своим итогом имеет «самодеструкцию».

Известно, что созданию автоаварийных ситуаций способствуют такие черты личности водителя, как агрессивность, нетерпеливость, нетерпимость, гиперактивность, рискованное поведение. Часто эти личностные особенности имеются в преморбиде больных наркоманиями, которые развиваются в процессе хронической наркотизации и усиливаются при интоксикации [78]. Свыше 25% водителей, совершивших ДТП, употребляли наркотики [23]. В крови жертв автокатастроф каннабиноиды обнаруживались в 3—5 раз чаще, чем при других популяционных обследованиях [115]. Интоксикация только транквилизаторами (без алкоголя и других ПАВ) установлена в 12,8% случаев травматизма (дорожного, бытового, производственного) [78]. С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.А. Лытаев [50] также ссылаются на взаимосвязь между употреблением наркотиков и чрезвычайными ситуациями. В качестве примера они приводят результаты расследования чрезвычайного происшествия на авианосце «Нимиц», где по меньшей мере 6 из 11 пилотов находились под воздействием наркотических веществ.

Весьма спорным вопросом остается то, насколько «случайными» были эти несчастные случаи, как правило, отсутствуют сведения (например, суицидальные записки), позволяющие предположить истинную причину происшествия. Это обусловлено и тем, что использование транспортных средств как орудия самоубийства сложно поддается динамическому наблюдению, статистическому учету и анализу. На наш взгляд, для профилактики дорожно-транспортных происшествий целесообразно дезавуирование в структуре личности водителей аутоагрессивных мотиваций.

Примерами несуйцидального пути реализации саморазрушающих тенденций являются черепно-мозговая травма (ЧМТ) и серьезная термическая патология [106]. Алкоголизм делает человека более «травмонезащищенным», причем первое место отдано ЧМТ (32,9%). Более того, наличие травм сочеталось с потерей трудоспособности у 76,4% больных алкоголизмом [95]. А.И. Головкин, С.М. Тихомиров, Л.В. Леонтьева и др. [25], анализируя экономические аспекты аддиктивных заболеваний, считают, что по причине злоупотребления алкоголем (умершие от алкогольной болезни, получившие смертельное отравление алкоголем, убитые пьяными лицами, погибшие по вине пьяных водителей) Россия за 90-е годы потеряла около 1 млн своих граждан. Основными причинами алкогольобусловленной смертности являются: случайные травмы в результате аварий, ожоги, утопления и травмы, полученные в результате криминального поведения [97]. К.А. Шаповалова [100] приводит данные, в которых 89,7% инвалидов с ампутационными дефектами верхних и нижних конечностей получили обморожение в результате злоупотребления алкоголем. Взаимосвязь между алкоголизмом и несчастными случаями косвенно подтверждается судебно-медицинскими исследованиями. В крови большей части самоубийц обнаруживается алкоголь [66]. При смерти, связанной с воздействием низкой температуры, алкоголь в крови обнаружен в 73,4—82,2%, с механической асфиксией вследствие аспирации рвотных масс — в 66,2%, с повешением — в 58% и с утоплением — в 54,3% случаев [109].

Как полагает К. Меннингер [54], саморазрушительные последствия алкоголизма носят случайный характер. Спиртное может служить средством притупления страха перед опасностью. Интуитивно пациент чувствует приближение этой опасности и выбирает алкоголь как меньшее зло.

Обобщая данные литературы по медицинским и социальным последствиям наркоманий, ряд отечественных и зарубежных авторов подчеркивает, что наиболее частыми причинами смерти больных наркоманиями среди прочих являются несчастные случаи и травмы [129]. Сравнительный анализ смертности пациентов с наркотической зависимостью городов Москвы и Варшавы показал, что в целом случаи смерти вследствие травм, отравлений и по неизвестным причинам составили 70% [33]. У больных наркоманиями выявлена высокоинформативная сочетаемость ЧМТ с соматическими заболеваниями (в анамнезе и при исследовании) и количеством аутоагрессивных актов [70]. М.Л. Рохлина, А.А. Козлов [80] при сравнении двух групп больных наркоманиями с наличием или отсутствием ЧМТ в преморбиде обнаружили, что пациенты из первой группы чаще, по сравнению со второй, совершали аутодеструктивные поступки с летальным исходом. При анализе смертности наркоманов с 1991 по 2000 гг., проведенном А.В. Кирдяпкиной [14], было установлено 70 самоубийств — 14% от всех 494 случаев насильственной смерти больных наркоманиями. Среди причин смерти аутоагрессантов ведущее место занимала механическая асфиксия (77%); на втором месте — падение с высоты (17%); на третьем — резаные раны предплечий. В то же время из 277 наблюдений острых отравлений при судебно-медицинской экспертизе ни в одном случае не было выявлено объективных данных самоубийства. При этом автор справедливо отмечает, что, несмотря на отсутствие признаков самоотравления, нельзя не предполагать в некоторых случаях преднамеренной передозировки ПАВ в целях суицида. Ожоги, связанные с намеренными самоповреждениями, часто обусловлены злоупотреблением алкоголем и наркотиками [23]. Не исключено, что поведение, связанное с получением разрушительной ожоговой травмы, требующей стационарного лечения, имеет самостоятельное аутодеструктивное значение и играет роль своеобразной мотивационной ниши [106].

Официальная статистика смертельных несчастных случаев среди наркологических больных весьма приближительна и составляет не более 2% [102].

Бесспорно, лица, употребляющие ПАВ, нередко оказываются вовлеченными в неблагоприятные ситуации. Однако это можно объяснить биологическими (токсическое действие веществ на ЦНС) и клиническими (измененное сознание, снижение критики) закономерностями течения заболеваний. Другими словами, следует воздерживаться от однозначной интерпретации и быть внимательными в оценке аутоагрессивного поведения. Вместе с тем, имеются работы, в которых феномен химической зависимости рассматривается именно через призму аутодеструктивного поведения [99]. Подобная точка зрения отражает психоаналитические подходы, согласно которым под влиянием хронического разрушающего воздействия токсиканта страдают базовые структуры личности и запускаются антивитальные механизмы.

Наименее изученными остаются многие вопросы, касающиеся причин насильственной смерти химических аддиктов, среди которых особую трудность составляет выявление аутоагрессивных (явных, скрытых) действий. Как правило, реги-

стрируются только случаи гибели пациентов, применивших с суицидальной целью огнестрельное оружие, совершивших самоповешение, падение с высоты или другие так называемые жесткие способы самоубийства. Случаи самоубийств, совершенных путем самоотравления и не повлекших внешних нарушений целостности организма аутоагрессанта, регистрируются значительно реже, что связано как с трудностью посмертной диагностики алкоголизма, наркомании, так и с трудностью установки факта преднамеренного отравления [87]. К сожалению, актуальность посмертной диагностики состояний, связанных с потреблением ПАВ, возрастает лишь по требованиям правоохранительных органов [102]. На наш взгляд, для подтверждения этого феномена значение имеют посмертные записки, заявления близких и родственников суицидента. Кроме того, необходимы анализ имеющейся медицинской документации и учет ранее зарегистрированных случаев актов аутоагрессии у данного индивида.

Представляет интерес проведение психологических параллелей между болезнями зависимого поведения и антисоциальным поведением. Так или иначе, эти феномены приводят к преждевременной, в том числе суицидальной смерти [107]. Еще в 1910 г. В. Штекелем [цит. по 34] была высказана точка зрения, что «себя убивает тот, кто хотел убить другого или, по крайней мере, желал смерти другого человека». Эта гипотеза находит свое подтверждение в работах других авторов. Так, по мнению К. Menninger [54], существование скрытой аутоагрессии без подавленного желания убить кого-либо, вряд ли возможно. Психологические теории рассматривают аутодеструкцию как потребность в искуплении за реальное или воображаемое преступление. В личностном преморбиде будущих суицидентов выявлена склонность к антисоциальным действиям, слабость или нестабильность морально-этических установок [36].

Данные обзора К.А. Rajer [126] свидетельствуют о том, что антисоциальное поведение девочек-подростков имеет долговременные последствия для индивида и общества. У них отмечаются повышенные показатели смертности, 10–40-кратное увеличение показателя преступности, высокие показатели болезненности психическими расстройствами, а также дисфункциональные взаимоотношения, нередко с применением насилия. К возможным объяснениям этих данных можно отнести глубокие биологические или психологические нарушения или изначальную гетерогенность популяции девочек с антисоциальным поведением. М. Milovanovic [цит. по 129] в рамках исследований, выявляющих корреляции между антисоциальными расстройствами личности и степенью выраженности аутоагрессии, обнаружил сочетаемость последней с убийствами (1,4%) и имущественными преступлениями (4,7%). Н.А. Качнова, А.В. Зосименко [40] полагают, что аутоагрессивные действия являются «классическим» примером поведенческих расстройств у осужденных и рассматриваются как неотъемлемая часть субкультуры мест лишения свободы.

Согласно данным Е.А. Grollmann [120], частота самоубийств в местах предварительного заключения почти в 5 раз превышает ее в общей популяции и почти в 6 раз — в местах длительного заключения. Поэтому следует считать, что каждый, кто помещается в тюремную камеру, подвергается потенциально высокому риску самоубийства. Для профилактики суицидов в большинстве штатов

США в тюрьмах применяются превентивные меры, например решетки на окнах загораживаются квадратным пластиком с тем, чтобы к ним нельзя было привязать веревку. Используется также аудиомониторное оборудование с датчиками времени, с помощью которых каждые 15 мин проводится визуальный осмотр камеры. Кроме того, тюремная администрация применяет процедуру скрининга, при котором фамилия каждого подозрительного в отношении суицида вводится в компьютер, чтобы выяснить, не было ли у него предшествующих суицидальных попыток. По мнению Н.Ф. Кидрасовой и Р.М. Масагутова [41], лица, отбывающие заключение в исправительных учреждениях, достоверно чаще подвергаются хронической виктимизации. В.Е. Цупрун, Е.М. Холодова, В.Ф. Войцех [96] не выявили различий между суицидентами и больными, совершившими общественно опасные деяния по общей, физической, косвенной и вербальной агрессивности, по негативизму и чувству вины.

Различные формы проявлений криминальной агрессии могут иметь самостоятельное психологическое объяснение, если рассматривать ее как одну из форм реализации саморазрушающих тенденций, свойственных личности, употребляющей ПАВ. E.S. Shneidman [105] ставит в один ряд антисоциальное поведение с алкоголизмом, наркоманиями, ожирением и другими видами «косвенного суицида». В.А. Дереча, И.Р. Байков [29] подчеркивают общность психологических свойств и качеств между виктимными и зависимыми личностями. Психотерапевтическая практика и ряд психоаналитически-ориентированных исследований подтверждают факт неосознаваемой реализации аутоагрессивного импульса наркологическими больными через антисоциальное и рискованное поведение, а также через ряд манипуляционных стратегий, направленных на достижение семейного и соматического неблагополучия [8, 10]. Самоубийство — это одно из самых типичных проявлений «виктим»-комплекса [3].

Г.Б. Дерягин, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев [30] установили, что испытуемые, подвергшиеся завершению изнасилованию, и обследуемые, в отношении которых было совершено покушение на половую свободу и половую неприкосновенность, имели достоверное превышение по вовлеченности в употребление различных токсикантов. Причем 37% из них были уверены, что насилие они спровоцировали сами своим «наивным» или нежелательным поведением, как правило, связанным с употреблением вместе насильником ПАВ. В работе Н.И. Павловской [71] указывается, что сексуально-агрессивные мужчины сами подвергались сексуальному насилию, употребляли ПАВ. 51,8% осужденных, испытавших в местах лишения свободы сексуальное насилие, совершали в своей жизни самоповреждающие действия, в том числе 25,9% — истинные суицидальные попытки, и такое же количество без цели самоубийства, нередко приносившие серьезный вред здоровью и создававшие прямую угрозу жизни.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что распространены различные формы аутодеструктивного поведения в алкогольной популяции соответствует их распространенности в преступном сообществе [9]. Анализ данных из 13 стран за период с 1950 по 1972 г. показал, что уровень суицидов и убийств положительно ассоциируется с уровнем потребления алкоголя на душу населения [123]. Более поздние масштабные исследования (охват 14 стран Европы) так-

же свидетельствовали о позитивной взаимосвязи между совокупным уровнем потребления спиртных напитков и уровнем насильственной смерти [130]. В России 80% убийц и 60% их жертв употребляли алкоголь непосредственно перед совершением преступления [79]. Значимое увеличение показателя дефицитарной агрессии (по данным «Я»-структурного теста Аммона) у больных алкоголизмом указывает на недостаточную степень отреагирования стеничных эмоций гнева, мотивирующих актов агрессии, с накоплением эмоций и созданием напряженных эмоционально-негативных застойных состояний, формирующих психологическую «почву» для возможных криминальных эксцессов [55]. В специальной литературе имеется описание так называемых *ассаультивных алкоголиков* [112]. Это повышено конфликтные лица, склонные к агрессивным правонарушениям, неоднократно принимавшие суицидальные попытки и страдающие тяжелыми интоксикациями. Кроме того, их смерть чаще была связана с алкоголизацией в сравнении с больными хроническим алкоголизмом контрольной группы. Употребление алкоголя и алкогольное опьянение зачастую используется как предлог для неприемлемого, асоциального или рискованного поведения, например нежелательного или незащищенного секса, сексуальной агрессии [71]. От 50 до 61% жертв в момент убийства находились в нетрезвом состоянии, а более половины из них употребляли спиртные напитки совместно с осужденными непосредственно перед совершением преступления [17, 79]. Установлено, что пациенты с алкогольной зависимостью отличались от здоровой выборки более высокими показателями деструктивной сексуальности, т.е. нарушениями способности к глубоким, интимным отношениям, которые могут восприниматься ими как потеря индивидуальной автономии. Деструктивная сексуальность может проявляться в различных формах агрессивного поведения — от выраженной конфликтности вплоть до открытых проявлений физического насилия или склонности к саморазрушающим действиям [55].

До 95% случаев насилия над женщинами было связано с употреблением наркотиков [114]. Больные наркоманиями с антисоциальным поведением, совершая действия, противоречащие правовым и нравственным нормам в обществе, создавали неблагоприятные ситуации как для себя, так и для окружающих [80].

Высокий риск виктимности отмечается при патологической склонности к азартным играм [86]. Кроме того, установлена коморбидность игровой зависимости с расстройствами личности антисоциального типа [32].

Преждевременная смерть может быть вызвана и межличностными конфликтами, сопряженными с алкоголизмом, а также присущим ему пагубным влиянием на телесное или эмоциональное здоровье либо, чаще всего, их различными сочетаниями [120]. Исследования показывают, что у многих злоупотребляющих алкоголем, ставящих крест на своей жизни, отмечается потеря тесных взаимоотношений с окружением по крайней мере в течение 6 недель, предшествующих суициду. Во время межличностного кризиса большой алкоголизмом отличается особенно высоким суицидальным риском. Согласно исследованиям А.В. Меринова [60], жены, чьи мужья страдают алкоголизмом, по сравнению с женами наркологически здоровых мужчин достоверно чаще обнаруживают различные варианты рискованного и виктимного поведения: несчастные случаи, травматическая патология (в том

числе ЧМТ), физическое (преимущественно со стороны мужа) насилие. Кроме того, автор считает, что им свойственны мазохистические жизненные установки. Например, одной из них является идея необходимости страдания в браке как вариант «национальной женской доли». К. Хорни [94] определяет следующие функции мазохистического страдания:

1) прямая защита, когда мазохист путем самобичевания избегает обвинений, а принижаясь, — избегает соперничества;

2) способ достижения желаемого: страдание и беспомощность — мощные средства получения любви, помощи и контроля;

3) замаскированное обвинение других людей.

По мнению В.Д. Москаленко [61], созависимые сами участвуют в процессе собственной виктимизации. Жертвенность у созависимых выражается в полном отрешении от собственных интересов, от жизни [58]. Следует отметить, что супруга неосознанно нуждается в зависимом муже, предоставляющем ей возможность социально приемлемо страдать и мучаться, называясь «несчастной женщиной, которой так не повезло с мужем» [60].

Резонно предположить, что в поведении обеих сторон просматриваются рискованные, а, следовательно, аутоагрессивные тенденции.

Е.А. Назаров [64] определял созависимость в семьях, где один из членов болен наркоманией, как защитную компенсаторную реакцию на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают, с одной стороны, крайне противоречивые отношения со значимым человеком и, с другой стороны, — индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и тому подобное. Созависимость при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта. Поэтому в отношении семьи больного наркоманией уместно определение саморазрушающейся семьи.

Анализ особенностей межперсональных отношений патологических гемблеров показал, что аддиктивное поведение этого контингента способствовало усилению созависимых черт личности у их близких [26]. В дальнейшем у последних было чувство отверженности, неконструктивное протестное реагирование. Попытки восстановления разрушенных социально-психологических связей нередко реализовывались через девиантное (возможно, через аутоагрессивное) поведение.

Созависимые лица часто используют неадекватные стратегии (контроль, протекцию, конкуренцию) с целью удержать пациентов от злоупотребления. Это приводит к отрицательным последствиям, стимулируя усиление чувства безнаказанности, безответственности, отрицания проблемы, различные проективные идентификации [72].

Другой аспект аутоагрессивного поведения связан с расстройствами питания. А.Ю. Егоров [32], анализируя механизмы формирования пищевой аддикции, отмечает, что по мере ее прогрессирования аддикт начинает есть в одиночку, в промежутках любой активности. Другими словами, «заедая» себя до смерти, женщины используют пищу как средство избавления от внутренней пустоты, от страха самореализации и психического дискомфорта. При прогрессировании пищевой аддикции они прекращают активную социальную, профессиональную и учебную деятельность. Основными причинами возникновения расстройств пищевого поведения являются:

разводы, конфликты в семье, смерть близких, хронический стресс [57]. А. Favaro, P. Santonastaso [117] указывают, что лица, страдающие анорексией, совершившие аутоагрессивные попытки, чаще злоупотребляли ПАВ. М.Л. Рохлина, А.А. Козлов [80], ссылаясь на данные зарубежных авторов, констатируют сочетаемость симптоматики наркоманий с патологией пищевого поведения (анорексией, булимией, жадой). У булимиков-суицидентов выявлены иные психиатрические симптомы, они чаще были жертвами сексуального насилия. Общность психогенеза наркоманий и булимии прослеживается в исследованиях Андреева А.С. и др. [4]. А.Е. Брюхин, М.Б. Сологуб [11] выявили у больных нервной булимией злоупотребление алкоголем, наркотиками, слабительными и мочегонными средствами, частые повреждения желудочно-кишечного тракта в результате многократной рвоты. А.С. Субханбердина [88], описывая клинические особенности опиоидной зависимости, констатирует сочетаемость обостряющего патологического влечения к наркотикам с расторможенностью пищевого влечения (обжорство).

И.Н. Пятницкая [78] считает, что недостаточная проработанность проблемы, поверхностность в суждениях относительно психогенеза наркоманий, сделали возможным сравнение пристрастия к наркотикам с прожорливостью. Р. Телле [89], хотя и допускает возможность комбинации средств наркотического и ненаркотического характера, но наличие взаимосвязи между наркоманиями и расстройствами питания им также отрицается. В.Д. Менделевич [58] подчеркивает, что нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, однако в структуру аддиктивных расстройств может входить лишь последняя.

Расстройства пищевого поведения у лиц с аддиктивными расстройствами нуждаются в дальнейшем изучении. Известно, что эти нарушения нередко сосуществуют с болезнями зависимого поведения [11].

Выражение неблагополучия в социальной и психологической сферах путем снижения социального статуса, изоляции, совершения антисоциальных и аморальных поступков также является проявлением несуицидальных форм аутоагрессии [107], подсознательно преданмеренной смерти [105]. Формирование личности суицидента идет под влиянием длительного нарушения нормального процесса социализации [19]. Сформированная зависимость приводит к развитию гипотимии с идеями самоуничужения и самобичевания, ощущению «выпадения» из социума, неполноценности, сопровождается неудовлетворенностью личной и общественной жизнью [54]. Низкая рефлексия, ведущая к переживаниям одиночества, отгороженности от остальных людей, является одним из механизмов, приводящих зависимых к потере социальных связей и изолированности в обществе, что также повышает риск совершения аутоагрессивных поступков [91]. Б.А. Войцехович, А.И. Редько [20] выделяют такие «специфические» психологические типы потенциальных самоубийц:

1) мужчина, 20—59 лет, разведенный, занятый в общественном производстве, проживающий вне семьи, имеющий судимость, не страдающий тяжелым соматическим заболеванием, злоупотребляющий спиртными напитками с признаками хронического алкоголизма, но не состоящий на учете, не высказывающий намерений покончить с собой, потреблявший алкоголь накануне;

2) женщина старше 60 лет;

3) состоящие в браке, алкоголики, возможна судимость, мотив суицидальной попытки — внутрисемейные конфликты, обусловленные пьянством, что наглядным образом вскрывает связь алкоголизма и суицидальности.

У одних наркоманов смерть наступает вследствие суицида, у других разрушается межличностное и социальное существование [89]. Проявления «социального умирания» в виде нарушения образовательного, профессионального статуса и социально-трудовой адаптации у наркозависимых прослеживаются еще на этапе предболезни [51]. Н.Я. Оруджев [69, 70] выявил, что в процессе хронической опиоидной (героиновой) наркотизации у большинства больных снизился социальный статус: не работали и не учились 30,0%; свои семейные отношения оценивали как конфликтные 87,3%.

Аутодеструктивная активность может проявляться через трудовую занятость человека или его профессиональную принадлежность. А.Ю. Егоров [32], анализируя патогенетические механизмы и клинико-психологические особенности нехимических аддикций, полагает, что работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, которые затрагивают в первую очередь эмоционально-волевую сферу. Работоголик на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, в которых требуется активное участие, избегает обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей. Автор делает заключение, что подобный образ жизни, а именно «трата» себя, является тупиковым, не реализуя потенциальные возможности индивидуума. Суицидоопасным является профессиональное движение от физического к умственному труду либо при падении статуса квалифицированного работника. Высокая суицидогенность феномена безработицы подчеркивалась М.Х. Кажаровым [38]. Автор считает, что массовая безработица блокирует реализацию базовых человеческих потребностей. Она в сочетании с кризисом социальной идентичности, затрагивая, прежде всего ценностно-смысловые и аффективные компоненты социокультурной регуляции, порождает перманентную тревогу и интрапсихические конфликты, которые способствуют активации антивитальных переживаний и принятию суицидальных решений. Известно также, что среди безработных число случаев аутоагрессии выше, чем среди работающих [111]. Потеря профессионального статуса при злоупотреблении ПАВ рассматривается L. Boyd [113] как скрытая форма аутоагрессии — «профессиональный суицид». В динамике заболевания снизили свой профессиональный статус 100% обследуемых с опиоидной наркоманией [80].

Что касается игровой зависимости и интернет-аддикции, то основными поведенческими, когнитивными индикаторами суицидального риска выступают: злоупотребление компьютерными играми, самоизоляция, резкое снижение повседневной активности, сужение сознания и, как следствие, нарушение социальной адаптации в целом [77]. Как определено в DSM-IV-R [116], основным признаком патологического пристрастия к азартным играм является хроническая и прогрессирующая неспособность сопротивляться импульсу игры. Патологический игрок своими действиями ставит под угрозу, нарушает и разрушает личное, семейное и профессиональное положение. Основным критерий, отделяющий обычное увлечение компьютерными играми от зависимости — отсутствие/наличие саморазрушающего воздействия на физическую, психическую и со-

циально-личностную сферы [28]. I. Goldberg [53] характеризует интернет-зависимость как «оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую и психологическую сферы деятельности». Компьютерная аддикция, как и любая другая, ведет к деградации личности, разложению социального статуса, потере собственного «Я», ухудшению психологического состояния, возбуждению внутренних раздражителей, возникновению гетеро- и аутоагрессии, замкнутости [63].

Аддиктивные личности, с одной стороны, обнаруживают снижение социальной активности, их перестают беспокоить переживания, заботы и проблемы ближайшего окружения. С другой стороны, у них не хватает сил для вникания, эмоционального соучастия и сопереживания [45].

Количество работ, посвященных изучению патологической любви — эротической аддикции (эмоциональной зависимости, «небредовой патологической любви», «эротоманических расстройств»), представляется неоправданно малым, хотя, по данным исследователей [32, 93], в той или иной мере драматические переживания «страстной», «роковой», «неразделенной любви» знакомы 62—75% взрослых людей. По мнению И.Н. Хмарук [93], значимость проблематики эротоманических расстройств обусловлена следующим: поражение лиц молодого возраста (более 70% в возрасте 18—25 лет); высокий уровень аутодеструктивного и аутоагрессивного поведения пациентов; высокий уровень суицидального риска; криминализация и виктимизация больных.

Все формы аддиктивного (аутоагрессивного) поведения, наряду с общими механизмами, имеют свою специфику, которая изучена недостаточно. Выявлена закономерность легкого перехода от одной формы аддикции («самодеструкции») к другой, от одного аддиктивного («самодеструктивного») объекта к другому, с сохранением основных общих механизмов [44].

Таким образом, можно сделать заключение о сложности и неоднозначности феномена несуйцидального аутоагрессивного поведения. Разнообразие теорий и гипотез, рассматривающих болезни патологической зависимости как «продолженный суицид», свидетельствует об отсутствии единых позиций. Это можно объяснить многогранностью проявлений аутоагрессии, методическими сложностями или узкой направленностью (преимущественно работы посвящены описанию классических форм аутоагрессии) в изучении данного явления. Складывается впечатление, что упомянутые здесь теории и точки зрения относительно истоков и причин возникновения аутоагрессивного поведения при наркоманиях имеют лишь умозрительный или предположительный характер.

Предлагаемые теоретические концепции, рассматривающие болезни зависимого поведения как одну из форм саморазрушающего поведения, опираются в основном на психологические построения, которые недостаточно учитывают клинику и динамику заболеваний, особенности личности аддиктов, нарушения социально-психологической адаптации и многие другие факторы. Рассмотрение несуйцидального аутоагрессивного поведения лишь в психологических рамках неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Вместе с тем, исследование феномена аутоаг-

рессии с психологических позиций представляет интерес для оказания помощи аддиктивным больным.

Весьма спорным остается вопрос об истоках и аккумуляции больными с аддиктивными расстройствами мощных деструктивных действий не только в отношении собственной личности в различных сферах жизни (соматической, психической, социальной, духовной), но и в отношении окружающих, путем совершения насильственных и имущественных преступлений, аморальных поступков.

Анализ данной литературы показал, что многие аспекты проблемы несуицидального аутоагрессивного поведения требуют дальнейших углубленных исследований.

Список литературы

- Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1981. — С. 35—49.
- Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии // Сб. научных трудов Московского НИИ психиатрии МЗ СССР. — 1986. — С. 7—25.
- Ананченко В.А., Хошлова Л.П. Психологическое исследование подростков с «виктим»-комплексом (субъективный подход) // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 167—171.
- Андреев А.С. и др. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход // Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 252—262.
- Анискин Д.Б. Самоубийство как социально-психиатрическая проблема: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1997. — 216 с.
- Анискин Д.Б. Психотерапия табачной зависимости // Психология зависимости: Хрестоматия. — Мн.: Харвест, 2004. — С. 116—126.
- Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных. Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М., 2002. — Т. 2. — С. 120—172.
- Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуицидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
- Бойко И.Б. Введение в суицидологию (Пенитенциарный аспект). Ч. 1. — Рязань: Стиль, 1995.
- Брюн Е.А., Шустов Д.И., Бузык О.Ж. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 332.
- Бруяхин А.Е., Сологуб М.Б. Аутоагрессивные явления у больных нервной анорексией и нервной булимией // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. — Москва, 2004. — С. 18.
- Бузина Т.С., Должанская И.А. Мотивация к поиску острых ощущений как предпосылка к рискованному поведению в отношении наркотизации и ВИЧ-инфекции // Вопросы наркологии. — 1997. — №3. — С. 51—52.
- Бузина Т.С. и др. Употребление алкоголя как фактор риска заражения парентеральными инфекциями // Современные достижения наркологии: Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — Москва, 2005. — С. 38—39.
- Бутома В.Г. Варианты агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1992. — №2. — С. 122—128.
- Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). — Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. — 292 с.
- Вартанян Ф.Е., Шаховский К.П. Наркомании и сопутствующие им инфекционные заболевания // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 78—80.
- Васильев В.Л. Юридическая психология. — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 656 с.
- Ваулин С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Материалы Российской конференции. — Иваново, 2005. — С. 42—44.
- Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Новосибирск, 2003.
- Войцехович Б.А., Редько А.И. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы // Здравоохранение Российской Федерации. 1994. — №1. — С. 23—25.
- Галимов А.Р., Орловская А.В., Чернов В.Н. Судебно-медицинские и клинические аспекты сотрясения головного мозга // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации. Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. — М., 2000. — С. 186—187.
- Гартманн Х., Крис Э., Левенштейн Р. Заметки по теории агрессии // Антология современного психоанализа. Т. 1. — М.: Институт психологии РАН, 2000. — С. 107—130.
- Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии в 2 т. / Пер. с англ. Т. 2. — К.: Сфера, 1999. — 436 с.
- Голенков А.В., Малянов И.В. Злоупотребление гормональными препаратами: еще одна проблема в наркологии? // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Материалы Российской конференции. — Иваново, 2005. — С. 50—52.
- Головко А.И., Тихомиров С.М., Леонтьева Л.В. и др. Экономические аспекты аддиктивных заболеваний // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 21—26.
- Горлова Е.Г. Патопсихологические особенности игроманов, зависимых от психоактивных веществ и актуальные аспекты их психологической реабилитации // Наркология. — 2006. — №9. — С. 64—68.
- Гуськов В.С. Анонимное и стационарное лечение при алкоголизме. — Пермь: ППО «Книга», 1990. — 80 с.
- Даренский И.Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 8—13.
- Дереча В.А., Байков И.Р. Поведенческий профиль при виктимной зависимости личности // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. — Москва, 2004. — С. 45—46.
- Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Жертвы сексуального насилия как явление // Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 183—186.
- Дудко Т.Н. Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц зрелого возраста // Наркология. — 2004. — №4. — С. 14.
- Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) адикции (обзор) // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 65—77.
- Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Т.Б. Сравнительный анализ смертности больных наркоманиями в Москве и Варшаве // Вопросы наркологии. — 1996. — №2. — С. 67—73.
- Ефремов В.С. Основы суицидологии. — СПб.: Диалект, 2004. — 480 с.
- Жабо Е.А. Суицидальные тенденции у больных алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004.
- Жабо Е.А., Хритинин Д.Ф. Клинические особенности постсуицидального периода у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга // Вопросы наркологии. — 2004. — №1. — С. 27—34.
- Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм — новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 14. — Вып. 3. — С. 52—58.
- Кажаров М.Х. Социокультурные аспекты самоубийств в Кабардино-Балкарии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15. — Вып. 1. — С. 35—39.
- Каплан Г.И., Седок Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1. — М.: Медицина, 1994. — 528 с.
- Качнова Н.А., Зосименко А.В. Клинико-психопатологические аспекты аутоагрессивного поведения жертв сексуального насилия в местах лишения свободы // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии. — Москва, 2004. — С. 62.
- Кидрасова Н.Ф., Масагутов Р.М. Особенности посттравматического стрессового расстройства у осужденных юношей //

XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — М., 2005. — С. 164.

42. Кирдяпкина А.В. Десятилетняя динамика смертности лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского Края: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Владивосток, 2001. — 28 с.

43. Киржанова В.В., Кошкина Е.А., Муганцева Л.А. Методологические подходы к проведению общенациональной оценки распространенности инъекционного употребления наркотиков в России // Наркология. — 2006. — №9. — С. 18—22.

44. Короленько Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1991. — №1. — С. 8—15.

45. Короленько Ц.П., Загоруйко Е.Н. Аддиктивное поведение в современных условиях // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного Федерального Округа с международным и всероссийским участием. Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 589—593.

46. Кошкина Е.А., Тарасова Г.В., Гаврилов А.П. Многофакторный анализ заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями в России // Вопросы наркологии. — 1997. — №2. — С. 84—94.

47. Курек И.С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 1996. — №2. — С. 54—59.

48. Лапицкий М.А., Яковлева С.В., Войцех В.Ф., Ваулин С.В. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клинико-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14. — Вып. 1. — С. 28—33.

49. Липовецкий Б.М. Внезапная сердечная смерть (обзор литературы, дискуссионные вопросы, собственные наблюдения) // Терапевтический архив. — 1992. — №2. — С. 108—112.

50. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Лытаев А.А. Наркологическая ситуация в вооруженных силах Российской Федерации // Военно-медицинский журнал. — 2001. — Т. 322, №6. — С. 4—10.

51. Лобжанидзе А.Б. Потребление психоактивных веществ подростками, школьниками г. Нальчика и программа его профилактики // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 55—60.

52. Лопатин А.А. Парасуициды в крупном промышленном центре Сибири // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10. — Вып. 3. — С. 26—29.

53. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Новосибирск, 2004.

54. Лотарева В.А. Субъективная картина изменения социального статуса после развития синдрома зависимости от алкоголя и наркотиков // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 355.

55. Лукьянов В.В., Блом А.И. Клинико-экспериментальное исследование центральных личностных функций у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 188—192.

56. Манасян Н., Сукиасян С., Бабаханян А. Сочетание «агрессии» и «соматизации» у больных с посттравматическим стрессовым расстройством // Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 325—326.

57. Мельник Э.В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и другие). — Одеса: видальництво «Черномор'я», 1998. — 400 с.

58. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.

59. Меннингер К.А. Война с самим собой. — М.: ЭКС-ПО-Пресс, 2001. — 480 с.

60. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.

61. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления: Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 288—319.

62. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 2. — М.: Медпрактика-М., 2002. — С. 182—189.

63. Мунтян П. Вид компьютерной аддикции: зависимость от компьютерных игр // Психология зависимости: Хрестоматия. — Мн.: Харвест, 2004. — С. 143—152.

64. Назаров Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: Дисс. на соискание ученой степени к.п.н. — М., 2000. — 203 с.

65. Наркомании: методические рекомендации по преодолению наркозависимости / Под ред. А.Н. Гаранского. — М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2000. — 384 с.

66. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981—1998 годы // Вопросы наркологии. — 2002. — №4. — С. 53—61.

67. Овсянников М.В., Василец Т.Б. Феномен подавленной агрессии, выявляемый при психотерапии опийных наркоманов // Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы 3-й Международной научно-практической конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 577—579.

68. Огурцов П.П. Патология внутренних органов при наркологических заболеваниях: клинико-генетические аспекты // Вопросы наркологии. — 2006. — №1. — С. 55—64.

69. Оруджев Н.Я. Прогноз социальной адаптации лиц, употребляющих наркотики // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 60—65.

70. Оруджев Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — Т. 102, №3. — С. 59—64.

71. Павловская Н.И. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, и их связь с аддиктивным поведением // Вопросы наркологии. — 2003. — №4. — С. 63—73.

72. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности // XIII съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2000. — С. 318.

73. Покровский В.В., Кожевникова Г.М. Эпидемия инфекций, передающихся парентеральным путем, среди потребителей психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 41—49.

74. Понизовский П.А. Особенности самооценки больных алкогольной зависимостью с выраженной сопутствующей соматической патологией // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного Федерального Округа с международным и всероссийским участием. Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 339—342.

75. Попик И.Г., Шамрей В.К., Рустанович А.В. Особенности состояния сознания и раннего постсуицидального периода у военнослужащих, совершивших парасуицид // Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 413—416.

76. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявление дисфункционального состояния личности // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1994. — №1. — С. 6—13.

77. Пузец А.В. Суицидальный риск у лиц, имеющих деструктивные зависимости // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 206—208.

78. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.

79. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Ж. неврологии и психиатрии. — 2004. — Т. 104. — С. 48—52.

80. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001. — 208 с.

81. Савченков В.А., Сиволап Ю.П. Употребление алкоголя в клинике опийной наркомании: данные предварительного исследования // Вопросы наркологии. — 2000. — №1. — С. 39—45.

82. Сафина Г.Д., Менделевич В.Д. Специфика прогностической (антиципационной) и волевой деятельности гемблеров // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 367—368.

83. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. — 2005. — №12. — С. 30—35.

84. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Мирошниченко В.В. и др. О толерантности к фрустрации при алкоголизме и опийной наркомании // Вопросы наркологии. — 2003. — №1. — С. 47—50.

85. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение как проблема наркологии // Вопросы наркологии. — 1996. — №1. — С. 76—82.

86. Солдаткин В.А., Бухановский А.О. Патологическое влечение к азартным играм: клинико-динамическая модель развития // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 370—371.
87. Солодун Ю.В., Лелюх Т.Д., Маслаускайте Л.С. и др. Клинико-морфологические параметры героиновой наркомании и связанной с ней патологией // Судебно-медицинская экспертиза. — 2001. — №6. — С. 6—10.
88. Субханбердина А.С. Клинические особенности опиоидной зависимости у казахов // Наркология. — 2002. — №7. — С. 28—30.
89. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. — Мн.: Выш. Шк., 1999. — 496 с.
90. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1978.
91. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. и др. Дефицитарность внутреннего контроля у больных опиоидной наркоманией как фактор наркотизации // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 48—54.
92. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. — М.: Республика, 1994. — 447 с.
93. Хмарук И.Н. Патологическая любовь как форма зависимого поведения // В.М. Бехтерев и современная психология. Материалы докладов на российской научно-практической конференции. — Казань, 2005. — С. 316—321.
94. Хорни К. Новые пути в психоанализе // Самоанализ. Психология женщины. Новые пути в психоанализе / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002. — 480 с.
95. Цудечкис Л.М. Медико-социальные аспекты алкоголизма у больных перенесших травму: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1989. — 23 с.
96. Цупрун В.Е., Холодова Е.М., Войцех В.Ф. Соотношение суицидальности и криминальной агрессии в амбулаторной психиатрической практике // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 450.
97. Черноровкина Т.В. и др. Анализ динамики алкоголизма и его последствий у населения Чукотки на рубеже столетий // Наркология. — 2004. — №9. — С. 69—74.
98. Чичинадзе Д.В., Гачечиладзе Л.Ф. Агрессивное поведение, его адаптационная функция и механизмы развития психосоматических патологий и болезней адаптации // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда. — Москва, 2005. — С. 175—176.
99. Шайдукова Л.К. Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных наркоманиями // Наркология. — 2006. — №11. — С. 53—58.
100. Шаповалова К.А. Современные взгляды на травматизм, связанный с употреблением алкоголя // Вопросы наркологии. — 1992. — №2. — С. 68—71.
101. Шевченко Ю.С. Этологические корни агрессии, пути ее социализации // Серийные убийства и социальная агрессия. Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 543—546.
102. Шерстюк Б.В., Кирдяпкина А.В. Эпидемиологические аспекты смертности, связанной с наркотиками: половозрастная характеристика, убийства, самоубийства, несчастные случаи // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации. Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. — М., 2000. — С. 121—123.
103. Шейдерг Р. Психиатрия / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
104. Шибанова Н.И. Особенности социальной дезадаптации больных с наркологическими заболеваниями: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. в форме научного доклада. — М., 1997.
105. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.
106. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
107. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) // Вопросы наркологии. — 2001. — №4. — С. 32—43.
108. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Под ред. Ю.В. Валентика. — М., 2000. — 18 с.
109. Югов К.М., Исаев Ю.С. Судебно-медицинская оценка степени алкогольной интоксикации у трупов лиц, умерших от общего охлаждения // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации. Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. — М., 2000. — С. 117.
110. Apter A., Plutchik R., Sevy S. et al. Defense mechanisms in risk of suicide risk violence // American Journal Psychiatry. — 1989. — Vol. 146, №8. — P. 1027—1031.
111. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Unemployment and serious suicide attempts // Psychological Medicine. — 1998. — №28. — P. 209—218.
112. Berglund M., Tunving K., Assaultive alcoholics 20 years later // Acta Psychiatry Scandinavia. — 1985. — Vol. 71, №2. — P. 141—147.
113. Boyd L. Closing Escape Hatches: decisions for healthy living // Transactional Analysis Journal. — 1986. — Vol. 16, №4. — P. 247—259.
114. Brisset-Chapman S. African-American Women and Trauma: Depression, Drugs, and Families // NIDA NIH Publication. — 1998. — №98. — P. 117—119.
115. Cremona A. Mad drives: psychiatry illness and driving performance // Brit. J. of Hospital Medicine. — 1986. — Vol. 28. — P. 193—195.
116. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. — Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
117. Favaro A., Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates // Acta Psych. Scand. — 1997. — Vol. 95, №6. — P. 508—514.
118. Frances R.L., Franklin J., Flavin D.K. Suicide and alcoholism // American Journal Drug Alcohol Abuse. — 1987. — Vol. 13, №3. — P. 327—341.
119. Freud S. Das Unbehagen in der Kultur. — 1930. — S. 419—506.
120. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. — Edition: Second Edition Binding: Beacon Hill Press, 1988. — 151 p.
121. Hemenway D., Solnik S.L., Colditz G.A. Smoking and suicide among nurses [see comments] // A.J. Public. Health. — 1993. — Vol. 6, №1. — P. 83—88.
122. Khantzian E.J. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions // Recent developments in alcoholism. — NY: Plenum, 1990. — Vol. 8. — P. 225—270.
123. Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations // Alcohol and Alcoholism. — 1995. — №4. — P. 465—468.
124. Marzuk P.M., Tierny H., Tardiff K. et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS // J. Am. Med. Ass. — 1988. — №259. — P. 1333—1337.
125. O' Connor J., Dickerson Impaired control over gambling in gambling machine and off-course gamblers // Addiction. — 2003. — Vol. 98, №1. — P. 53—60.
126. Pajer K.A. What Happens to «Bad» Girls? A Review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls // American Journal of Psychiatry. — 1998. — №155. — P. 862—870.
127. Peterson B. et al. Alcohol related death: A major contribution to mortality in urban middle-aged men // Lancet. — 1982. — Vol. 2. — P. 113—122.
128. Poldinger W.J. The psychopathology and psychodynamics of self-destruction // Crisis. — 1989. — Vol. 10, №2. — P. 113—122.
129. Puric-Pejakovic J., Dunjic D.J. Samoubistvo adolescenata. — Beograd: Zebra, 1996. — 168 с.
130. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries // Addiction. — 2001. — Vol. 96, №1. — P. 59—75.
131. Rheingold H. A slice of life in my virtual community, Global networks: computers and international communication. — MIT Press, Cambridge, MA, 1994.
132. Tabachnick N. Interpersonal relations in suicidal attempts // Arch. Gen. Psychiat. — 1961. — №4. — P. 53—58.
133. Widle M. Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample // Addiction. — 1994. — Vol. 89, №2. — P. 175—182.

BISALIEV R.V. cand.med.sci., associate professor of the department of human morphology of Astrakhan State University

The Article is dedicated to analysis of the problem of non-suicidal autoaggressive behaviors at addiction dysfunctionals. It Is Considered феноменология latent forms autoaggressive behaviors, clinical manifestations of non-suicidal autoaggressive behaviors. The Analysis literature data has shown that many aspects of the problem non-suicidal autoaggressive behaviors require further deepened studies.