

Л. Н. Юрьева

Кризисные состояния

Арт-Пресс
Днепропетровск
1998

Кризисные состояния.

Монография профессора Л.Н.Юрьевой посвящена чрезвычайно важным и актуальным вопросам современной психиатрии: клинике, диагностике, терапии и профилактике кризисных состояний. Автор подошел к этой проблеме не только с узко психиатрических позиций, но и затронул целый ряд проблем, ранее не достаточно обсуждавшихся на страницах психиатрических изданий.

В книге изложены научные взгляды на роль клинических и социально–психологических факторов в генезе суицидального поведения, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации, представлены исследования лиц, переживших техногенную катастрофу. Впервые в отечественной психиатрии описаны основы танатологии для психиатров и психологов.

Для психиатров, наркологов, медицинских психологов, суицидологов и психотерапевтов.

Кризові стани.

Монографія професора Л.М.Юр'євої присвячена надзвичайно актуальним питанням сучасної психіатрії: клініці, діагностиці, терапії та профілактиці кризових станів. Автор підходить до цієї проблеми не тільки з вузько психіатричних позицій, а також робить спробу розкрити інші теми, котрі не достатньо висвітлені у сучасній психіатричній літературі.

У книзі викладені наукові погляди на місто клінічних та соціально–психологічних факторів в генезі суїцидальної поведінки, посттравматичних стресових розладів та розладів адаптації, викладені власні дослідження щодо пацієнтів, що брали участь у ліквідації техногенної катастрофи. Вперше в вітчизняній психіатрії викладені основи танатології для психіатрів і психологів.

Для психіатрів, наркологів, медичних психологів, суїцидологів та психотерапевтів.

Crisis states.

Professor L.N.Yurieva's book is dedicated to very important and pressing problems of modern psychiatry: clinical picture, diagnosis, therapy and prevention of crisis states. Not limiting herself with the narrow psychiatric position borders, the author touches upon a whole range of problems that previously have not been sufficiently discussed in psychiatric literature of this country.

The book expounds scientific ideas regarding the role of clinical and socio–psychologic factors in the suicidal behaviour genesis, post–traumatic stress disorders and gives the author's original investigation of persons who have experienced technogenic catastrophe.

For the first time in the psychiatry of this country the foundations of thanatology are brought forward to the attention of psychologists and psychiatrists. The book is addressed to psychiatrists, narcologists, medical psychologists, suicidologists and psychotheraputists.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор **В.М.Козидубова**
доктор психологических наук, профессор **Л.Ф.Шестопалова**

© Л. Н. Юрьева, 1998

*Моим родителям
Цилюрик Галине Ивановне и
Сударенко Николаю Александровичу,
посвятивших жизнь лечению психически больных.*

Введение.

Проблема кризисных состояний является чрезвычайно актуальной на современном этапе развития общества. Необходимость мультидисциплинарного подхода к этой проблеме назрела давно, так как в последние годы пациентами психиатров все чаще становятся лица, пережившие Чернобыльскую катастрофу, безработные, беженцы, больные фатальными заболеваниями (СПИД, рак), участники локальных войн, люди, утратившие смысл жизни.

В энциклопедическом словаре *кризис* (от греч. krisis — решение, поворотный пункт, исход) определяется как резкий, крутой перелом или острое затруднение в чем-либо, тяжелое переходное состояние или тяжелое положение. Автор рассматривает понятие о кризисных состояниях в значительной мере как условное, в которое объединяет большую группу психологических состояний и клинически оформленных психических и поведенческих расстройств. Поэтому в монографии кризисные состояния рассматриваются не только с сугубо узких психиатрических позиций, но и затрагивается целый ряд социально-психологических и философских проблем, ранее недостаточно обсуждавшихся в психиатрической литературе.

Первая глава посвящена обзору причин возникновения кризисных состояний. Особое внимание уделено роли социальных и личностных факторов в генезе кризисных состояний на современном этапе развития постсоветских государств. Среди макросоциальных факторов выделены следующие: изменение национальной мотивации, социокультуральные преобразования, повлекшие за собой изменение общественного сознания и кризис идентичности, а также аномия. При рассмотрении личностного фактора особое внимание уделено проблеме фрустрации фундаментальных личностных потребностей.

Вторая глава посвящена кризисам возрастных периодов человека. Наряду с описанием психологических особенностей каждого возрастного периода, выделены проблемы, характерные для этих периодов, которые

часто лежат в основе тревоги, страхов, суицидов. В этой главе также описана динамика формирования отношения к смерти и формирование страха смерти.

Третья глава посвящена клинике, диагностике и терапии реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Особое внимание уделено посттравматическому стрессовому расстройству и расстройствам адаптации. Описана динамика формирования реакции горя в рамках расстройств адаптации и поэтапные лечебные (фармакологические и психотерапевтические) мероприятия.

Собственным исследованиям авторов посвящена четвертая глава, в которой отражены психологические и клинические исследования, проведенные в популяции ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. В результате комплексных клинко-психологических исследований выявлен ряд новых психологических феноменов. Временная организация личности после пережитой техногенной катастрофы искажена: деформирована длительность временных интервалов, психологическое прошлое трансформировалось в психологическое настоящее, сужены “горизонты бытия” и зона психологического будущего, психологический возраст ликвидаторов гораздо старше биологического.

Пятая глава посвящена вопросам суицидологии. На основе мультидисциплинарного подхода проанализированы и выделены санкционирующие и лимитирующие суицидальное поведение факторы. Для практического врача-психиатра и нарколога весьма полезными представляются описанные суицидоопасные состояния при различных психических и поведенческих расстройствах, а также принципы терапевтической тактики при этих состояниях.

Шестая глава посвящена вопросам танатологии. В этом разделе монографии описаны фундаментальные представления танатологии в психолого-психиатрическом аспекте. Эти вопросы впервые обсуждаются в отечественной психиатрической литературе, хотя являются стержневыми для понимания патокинеза, терапии и профилактики кризисных состояний. В этой главе обобщен обширный литературный материал, представлены различные точки зрения, затронуты нетрадиционные для классической психиатрии проблемы. Автор подробно останавливается на

вопросах, наиболее значимых для успешной психотерапии и психокоррекции кризисных состояний.

Пьер Тейяр де Шарден, говоря об организации и описании научных исследований, отмечал, что сухое изложение фактов напоминает “Пегаса, запряженного в плуг. И Пегас хиреет, если только, закусив удила, не понесется вместе с плугом”. В представленной монографии автор попытался высвободить Пегаса, а в некоторых главах поменять плуг, груженный академическими фактами, классификациями, ссылками и цифрами на карету, наполненную многочисленными иллюстрациями из литературных произведений и жизни замечательных людей. В книге отражено видение картины мира автором, который надеется, что принятие этой картины мира или несогласие с ней будет побуждающим мотивом для творчества читателей.

Глава 1. Причины возникновения кризисных состояний.

Бездна, безмолвно поглощающая тысячи жизней, скрытые яды, доводящие личность до вырождения, до убожества и угасания, при насмешках безрассудных зрителей, подводные камни, о которые столько жизней терпят крушение или от которых получают навсегда неизлечимые раны — все это зло вплоть до бесчисленных маленьких ран и укулов, незначительных по себе, но накапливающихся изо дня в день тысячами в нашей душе и тем приобретающих слишком большое значение — все это ждет исследования.

Ф. Мюллер–Лиер, “Социология страдания”.

90–е годы 20 столетия называют десятилетием стресса. Однако историко–психологический и психиатрический анализ событий и судеб уходящего столетия позволяет говорить не только о десятилетии, но и о столетии кризисных ситуаций. Еще на заре 20 века Мюллер–Лиер в своей “Социологии страдания” обосновал социологическую закономерность почти всех страданий личности, народа, нации, человечества, справедливо полагая, что именно они лежат в основе кризисных состояний. Он надеялся, что человечество прислушается к выводам, изложенным в его книге.

Но в конце столетия были проведены исследования в 15 экономически наиболее развитых странах мира, которые убедительно показали катастрофический рост социально детерминированных психических и поведенческих расстройств. Так, за 93 года (1900–1993 г.г.) количество пограничных расстройств возросло в 21,4 раза, из них невротических и связанных со стрессом — в 61,7 раза; количество лиц, страдающих алкоголизмом — в 58,2 раза, олигофрениями — в 30 раз (Петраков Б. Д., 1995).

Причины возникновения кризисных состояний многообразны. Они определяются, с одной стороны, социальными и ситуационными факторами, а с другой — индивидуально-типологическими и биологическими особенностями личности.

Предрасположенность к кризисным состояниям велика у детей, подростков и пожилых. Помимо биологической ранимости, для этих возрастных периодов характерны психологические кризисы, которые подробно изложены в главе 2. К группе риска развития кризисных состояний относятся также лица с сомато-неврологической патологией, с физическим истощением, имеющие в анамнезе психотравмы.

Вопрос о роли биологических факторов в этиопатогенезе кризисных состояний далек от разрешения. Высказывается предположение об участии эндогенных опиоидов в механизмах формирования кризисных состояний, отмечается повышенный уровень катехоламинов и изменения ГАМК нейротрансмиссии. Нейроанатомическими исследованиями установлена дисфункция структур лимбической системы и височных корковых зон. Нарушения на ЭЭГ сходны с таковыми у лиц с эндогенными депрессиями (J. A. Gray, 1982; R. Hoehn-Saric, 1982; E.R. Kandel, 1983).

Однако ценность обнаруженных биологических маркеров относительна, так как до сих пор не установлено, отражают ли они действие причинных факторов или их последствия.

Большое значение имеет характер и интенсивность стрессовых ситуаций. Стрессовые факторы могут быть острыми, внезапновозникающими, опасными для жизни (природные и техногенные катастрофы, войны) и хроническими, постоянными, растянутыми во времени (социально-экономические трудности, конфликтная ситуация в семье или на работе, экзистенциальная пустота). Стрессы подразделяют также на единичные, множественные и периодические.

Выделяют также ятрогенные (острое или хроническое заболевание, хирургическое или нехирургическое вмешательство, диагностические процедуры, госпитализация, болезнь членов семьи, новые диагнозы, рецидивы) и неятрогенные (межличностные кризисы, супружеские ссоры, разводы, трудности в работе, денежные затруднения, трудность в учебе, столкновение с законом). Кроме того, каждому этапу человеческой

жизни присущи специфические стрессогенные ситуации (начало учебы в школе, специализированном учебном заведении, служба в армии, вступление в брак, выход на пенсию и т.п.).

Как правило, острые, жизнеопасные стрессы потенцируют развитие реакций на тяжелый стресс (острых и посттравматического стрессового расстройства). Хронические, пролонгированные стрессовые состояния чаще влекут за собой развитие невротических и соматоформных расстройств, в возникновении которых существенная роль принадлежит социальным и личностным факторам.

1.1. Роль социальных факторов в генезе кризисных состояний.

К макросоциальным факторам, потенцирующим развитие кризисных состояний в популяции, относятся факторы, формирующие на протяжении нескольких поколений ментальность населения, его морально-этические установки и идеалы. Коренное, навязанное извне, изменение национального сознания носит характер хронической психотравмы и постепенно изменяет и ухудшает психологическое состояние населения в целом, что является благоприятной почвой для развития психических и поведенческих расстройств. К макросоциальным факторам могут быть отнесены:

Изменение национальной мотивации.

Изучая социальные этнокультуральные особенности различных популяций во второй половине 80–х годов 20 столетия голландский ученый Хофстид пришел к выводу, что для разных национальностей характерен различный тип мотиваций. (А.Н. Наумов, 1995).

Первую группу составили североамериканцы, австралийцы, британцы и ирландцы. Они “мотивированы на достижения”. Для них характерно стремление к лидерству, богатству, рационализм. Приоритетной проблемой являются деньги.

Вторую группу составили жители Австрии, Бельгии, Италии, Греции, Японии и ряда других стран. Они ориентированы на “защитную мотивацию” и ценят прежде всего стабильность и традиции, тщательно

ограждая свой мир от посягательств извне.

Третью группу составили Югославия, Испания, Бразилия, Чили, Израиль, Турция, Россия, Украина. Для жителей этих стран характерен “уравнительный подход”, желание улучшить качество жизни, но при этом “ничего не менять, чтобы не стало хуже”.

Четвертую группу составили жители стран Скандинавии. Они “социально мотивированы”, их приоритетной задачей является постоянное, неуклонное улучшение качества жизни.

Смена или ломка “мотивации нации” является фактором риска развития кризисных состояний.

Социокультуральные изменения.

Стремительные политические, социально-экономические и культуральные изменения всегда сопровождались ухудшением психологического состояния населения. Многочисленные примеры связи критических периодов истории с ухудшением психического состояния здоровья населения подтверждают это.

Анализируя психологические последствия революции 1905 года, русский психиатр Ф.Е. Рыбаков (1906 г.) пришел к выводу о том, что у лиц, переживших эти события и непосредственно принимавших в них участие (особенно у “пассивно участвующих”), возникали тревога, страх, “подавленность в действиях”, острый бред.

Своеобразной моделью изменения общественного сознания является психологическое самочувствие населения Украины в постсоциалистический период. Данные социологических опросов свидетельствуют о нарастании тревожности, пессимистических установок, “экзистенциального вакуума”, чувства социальной невостребованности и потере перспективы у подавляющего большинства респондентов. Социокультуральные изменения повлекли за собой также и изменение массового сознания с тенденцией к иррациональному восприятию действительности и с включением механизмов аутистического и архаического мышления (В.И.Полтавец, М.К.Белинская, 1994; Б.С.Положий, 1995; Е.И.Головаха, 1997).

В американской психиатрии для описания психической дезадаптации, вызванной социальными потрясениями, используется понятие “кри-

зиса идентичности”. Под термином “ идентичность” понимают восприятие личностью самое себя, а под “кризисом идентичности” — потерю чувства самое себя как личности, неспособной принять роль, которую ему предписывает общество на данной стадии своей истории, либо приняв ее — адаптироваться к ней.

Проявления “кризиса идентичности” клинически полиморфны, но их объединяет социально–стрессовый механизм возникновения. Б.С. Положий (1994, 1995) выделяет **4 варианта кризиса идентичности**.

1. *Апатический вариант* — составляет около 40% всех выявленных случаев кризиса идентичности. Клинически он проявляется тревожно–депрессивными расстройствами, потерей жизненной перспективы, снижением активности и целеустремленности, уходом в мир своих переживаний, снижением самооценки, замкнутостью, пассивным ожиданием решения своих проблем. Этот стереотип поведения способствует развитию социально–бытовой и профессиональной дезадаптации.

2. *Диссоциальный или агрессивно–деструктивный вариант* — составляет около 12% от всех выявленных случаев кризиса идентичности. У этих личностей преобладает аффект злобы, дисфоричность, тенденция к разрушительному поведению и бескомпромиссным суждениям. Мышление приобретает сверхценный, а в некоторых случаях и параноидный характер. Следует отметить, что с одной стороны, они легко внушаемы и легко индуцируются лидерами, а с другой стороны, они сами являются мощным индуктором в толпе. В силу этих особенностей, данные личности часто примыкают к экстремистски настроенным группам, являются активными участниками различных акций, придавая им агрессивно–деструктивный характер. Кроме того, их часто можно видеть в криминальной среде.

3. *Негативистический или пассивно–агрессивный вариант* — составляет около 27%. Эти лица панически боятся всего нового, пессимистически воспринимают любые экономические и социальные новации, они постоянно испытывают чувство неудовлетворенности не делая при этом ничего для изменения обстановки. Их пассивные протестные реакции заключаются чаще всего в постоянном брюзжании, желчной критике, пассивном противостоянии внедрению нового.

4. *Магический вариант* — составляет около 21% от всех лиц с кризисом идентичности. У этих личностей преобладает магическое мышление, которое формирует поведение, мировоззрение и весь стиль их жизни. Их отличает повышенный интерес к метафизическим проблемам, ко всему иррациональному и паралогичному. В норме магическое мышление свойственно примитивным культурам и детям, а как психопатологический феномен оно встречается при шизофрении и обсессивно-компульсивных расстройствах.

Исследователи отмечают, что в периоды исторических потрясений обществу в целом свойственна “метафизическая пораженность” (активный интерес к астрологам, экстрасенсам, колдунам, ясновидящим и т.п.) и объясняют это тем, что магический стиль мышления носит характер защитного психологического механизма и снижает уровень тревоги и напряженности.

Магический вариант кризиса идентичности может привести к опасным социальным последствиям. Ярким примером может служить деятельность секты “Белое братство”.

Аномия.

Как социальный феномен аномия (буквально — исчезновение нормы) впервые была описана французским социологом Дюркгеймом в 1897 году. В современной трактовке под аномией понимают, с одной стороны, некий объективно имеющий место в обществе конфликт, обусловленный несоответствием десятилетия декларируемым социальным нормам, ценностям, идеалам и реальной действительностью, а с другой — комплекс переживаний, испытываемый людьми в связи с несовместимостью самых важных для человека внутренних установок с требованиями повседневной жизни.

В эпоху радикальных социальных преобразований поиск новых ценностей приобретает трагическую напряженность. Американский социолог Лео Струэл, занимающийся психологией людей, ставших жертвами социальной аномии, описал типичный для них социальный портрет с характерными переживаниями утраты смысла жизни, ненужности, покинутости, обреченности. Аналогичные утверждения были получены в 1995 г. Р. Фрумкиной в популяции молодежи г. Москвы. В своей работе, по-

священной аномии, она подробно останавливается на способах адаптации личности к аномии, выделяя как социально приемлемые формы, так и отклоняющиеся от принятых норм поведения.

Роберт Мертон выделил следующую типологию адаптивного поведения (приводится соответствующий отечественный аналог).

Таблица 1. Индивидуальные варианты адаптации к аномии.

Виды адаптации	Отношение индивида	
	К ценностям	К общественным институтам
1. “Все, как у людей	+	+
2. “Цель оправдывает средства”	+	–
3. “Лишь бы не было войны”	–	+
4. “Безразличие”	–	–
5. “До основанья, а затем...”	?	?

“+” — согласие; “–” — пренебрежение; “?” — негативизм.

Действие вышеперечисленных факторов растянуто во времени, стрессы носят хронический характер, дезадаптация личности наступает не сразу.

На основании анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик СССР Ю.А.Александровский (1997) выделил и описал группу социально–стрессовых расстройств (ССР). Эти расстройства развиваются не только у людей, переживших конкретные жизнеопасные ситуации, но и у находящихся под влиянием макросоциальной общегрупповой психогении.

Острые стрессовые ситуации, опасные для жизни.

Это стрессовые ситуации, выходящие за рамки привычного человеческого опыта. К ним относятся стихийные бедствия, катастрофы (как природные, так и техногенные), войны. Для этой группы расстройств характерно, что в жизнеопасной ситуации находится большая группа людей, объединенная общим горем.

Еще в 1871 году Da Costa описал психические нарушения у солдат времен гражданской войны в Америке. В клинической картине у них доминировали кардиологические симптомы, что позволило автору на-

звать это состояние “солдатское сердце”. В дальнейшем изучением этих расстройств занимались военные психиатры, которые обозначили пост-стрессовое психическое состояние, наблюдаемое ими у солдат первой мировой войны как “снарядный шок”.

После первой мировой войны появились работы, в которых описывались нервно–психические нарушения в результате психотравм военного времени. Затем было замечено, что психотравмы мирного времени также вызывают подобные нарушения.

Вторая мировая война возобновила интерес к военным стрессовым реакциям, появился термин “невроз военного времени”. В 1952 г. Американское психиатрическое общество включило в классификацию DSM 2 “реакцию на сильный эмоциональный и физический стресс”. Однако спустя 16 лет эта диагностическая категория была изъята из классификации и появилась вновь лишь в 1980 году под названием “посттравматическое стрессовое расстройство”. В последней международной классификации болезней (МКБ–10) выделена рубрика F43 — реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Однако, несмотря на чрезвычайную актуальность вопроса послестрессовой морбидности, проблемой анализа поведения человека в критических жизненных ситуациях психологи и психиатры стали заниматься сравнительно недавно. Родоначальником этого направления считают Э. Линдермана, который в своей работе “Клиника острого горя” (1944) описал симптоматику и пути коррекции острого горя, вызванного кризисной ситуацией. Новым импульсом к изучению этой проблемы послужили наблюдения за ветеранами войны во Вьетнаме, у которых был описан “синдром выжившего”. К началу 90–х годов среди них покончили жизнь самоубийством 58 тысяч, т.е. столько же, сколько погибло во время самой войны, 497 тысяч — страдают психическими и поведенческими расстройствами, 460 тысяч — имеют конфликт с законом. Позднее был описан “афганский синдром”, сегодня уже говорят о “чеченском”. Каждый шестой ребенок в Чечне и 15–20% военнослужащих, воевавших в Чечне, имеют посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Драматическое внедрение атомной энергетики в сферу деятельности человека в 1945 году (бомбардировка Хиросимы и Нагасаки) и не

менее драматические дальнейшие последствия ее использования в течение всех последующих десятилетий (Три Майл Айлендс, Гайана, Чернобыль) явилось еще одним социально детерминированным стрессовым фактором, потенцирующим развитие кризисных состояний как у ликвидаторов последствий аварий, так и у лиц, проживающих на загрязненных территориях.

1.2. Роль личностного фактора в генезе кризисных состояний.

Роль характерологических особенностей личности в генезе кризисных состояний бесспорна. Она доказана в работах многих исследователей, которые отмечали, что эмоциональная лабильность, повышенная тревожность и незрелость личности, а также акцентуации характера предрасполагают к развитию кризиса. При рассмотрении этиопатогенеза кризисных состояний очень важно знать иерархию потребностей личности, ибо их фрустрация потенцирует развитие кризиса.

А. Maslow (1968, 1987) предложил следующую **иерархию потребностей личности**:

- Физиологические потребности (в пище, питье, кислороде, в физической активности, сне, защите от экстремальных температур, сенсорной стимуляции). Их удовлетворение направлено на биологическое выживание человека.
- Потребности безопасности и защиты. Сюда включены потребности в стабильности, в организации, в законе и порядке, в предсказуемости событий и в свободе от таких угрожающих сил, как болезнь, страх и хаос. Удовлетворение этих потребностей направлено на долговременное выживание.
- Потребности принадлежности и любви. Потребность в установлении отношений привязанности с другими, в своей семье или референтной группе. Групповая принадлежность становится доминирующей целью человека. Потребность в любви также являются одной из фундаментальных. Маслоу выделяет два вида любви:

1. Б-любовь (бытийная любовь) — тип любви, в которой человек ценит другого за то, что он есть, без какого-либо желания изменить или использовать этого другого.
2. Д-любовь (дефицитарная любовь) — эгоистический тип любви, когда человек больше хочет получить, чем отдать любовь другому.

Удовлетворение потребности принадлежности и любви является основой формирования здорового чувства достоинства, а ее фрустрация — формированию враждебности, страха быть отвергнутым и душевной пустоты.

- Потребности самоуважения. Они подразделяется на:
 1. Потребности самоуважения (компетентность, уверенность, достижения, независимость, свобода);
 2. Потребность уважения другими (престиж, признание, репутация, статус, оценка и принятие).

Удовлетворение потребности самоуважения порождает чувство уверенности в себе, осознание своей причастности к происходящему и чувство собственного достоинства. Ее фрустрация приводит к формированию низкой самооценки, чувству неполноценности, ощущению пустоты, бессмысленности существования, пассивности и зависимости.

- Потребности самоактуализации: желание человека реализовать свой творческий потенциал и максимально самовыразиться.

Именно на этом, высшем уровне иерархии люди сильнее всего отличаются друг от друга. Реализация этого потенциала рождает духовно богатых, творческих личностей. Фрустрация этой потребности приводит к “экзистенциальному вакууму” и потере смысла жизни.

Согласно концепции А. Маслоу, потребности никогда не бывают полностью удовлетворены. Первоначально удовлетворяются физиологические потребности и только после их (хотя бы частичного) удовлетворения реализуются все последующие. Средний человек удовлетворяет свои потребности примерно следующим образом: физиологические — 85%; в безопасности и защите — 70%; принадлежности и любви — 50%; само-

уважении — 40%; самоактуализации — 10%.

Потребность в самоактуализации удовлетворяется реже всего. По мнению А. Маслоу менее 1% населения реализуют свой потенциал. Он объясняет это несколькими причинами:

1. Сильное негативное влияние потребности в безопасности. Самоактуализация требует постоянной готовности рисковать, преодолевать традиционные установки, опровергать укоренившиеся взгляды, что угрожает психологической (а иногда и физической) безопасности человека.
2. Необходимость преодолевать социокультуральные нормы и стандарты. Например, еще в начале 20 века для самоактуализации женщинам-ученым приходилось преодолевать массу препятствий социального характера и предрассудков.
3. Комплекс Ионы — страх и сомнение в своей способности достичь самоактуализации.

Каковы же характеристики самоактуализирующихся людей?

Для ответа на этот вопрос А. Маслоу проанализировал биографии 48 психически здоровых лиц, которых, по его мнению, можно было отнести к самоактуализирующимся личностям. В эту когорту вошла плеяда выдающихся людей: Авраам Линкольн, Альберт Эйнштейн, Элеонора Рузвельт, Джордж Вашингтон, Уолт Уитмен, Олдос Хаксли и другие столь же незаурядные люди.

В результате анализа полученных данных А. Маслоу пришел к выводу, что для самоактуализирующихся личностей характерны следующие признаки:

1. Более эффективное восприятие реальности.
2. Приятие себя, других и природы.
3. Непосредственность, простота и естественность.
4. Центрированность на проблеме.
5. Независимость: потребность в уединении.
6. Автономия: независимость от культуры и окружения.
7. Свежесть восприятия.
8. Вершинные или мистические переживания.
9. Общественный интерес.

10. Глубокие межличностные отношения.
11. Демократичный характер.
12. Разграничение средства и целей.
13. Философское чувство юмора.
14. Способность к творчеству.
15. Соппротивление окультуриванию.

В современной психологии большое внимание уделяется проблеме фрустрации фундаментальных личностных потребностей, как важнейшему фактору, потенцирующему развитие кризисных состояний.

Фрустрирующей считается ситуация, при которой, с одной стороны, имеется выраженная мотивация к удовлетворению определенной потребности, а с другой — преграды, препятствующие этому достижению (Ж. Нютген, 1975; E.R. Hilgard, R.C. Atkinson, 1967; G.W. Kisker, 1972; Ф.Е. Василюк, 1984).

Существует множество классификаций фрустрирующих ситуаций. Чаще всего используются следующие.

По характеру фрустрирующих моментов (A.N. Maslow, 1954).

1. Базовые, “врожденные”, психологические потребности (напр., в безопасности, уважении, любви и т.п.). Их фрустрация носит патогенный характер и может вызвать психические и поведенческие расстройства.

2. Приобретенные потребности. Их фрустрация не вызывает психических нарушений.

По характеру барьеров, препятствующих достижению цели (E.R. Hilgard, R.C. Atkinson, 1967; G.W. Kisker, 1972).

1. Физические барьеры (напр. стены тюрьмы)
2. Биологические (болезнь, старение)
3. Психологические (напр., страх, интеллектуальная несостоятельность и т.п.)
4. Социокультуральные (напр., необходимость соблюдения социальных норм, правил, запретов).

Стержневой признак фрустрационного поведения нашел свое отражение в монографии N.R.Maier (1949) “Фрустрация: поведение без цели”.

В этой главе описаны наиболее значимые социальные и личност-

ные факторы, потенцирующие развитие кризисных состояний, которые редко упоминаются в психиатрической литературе, но которые имеют большое, а иногда и решающее значение при развитии кризисных состояний. В критические исторические периоды удельный вес макросоциальных факторов в генезе кризисных состояний значительно возрастает, и порог возникновения психической дезадаптации в населении резко снижается.

Глава 2. Кризисы возрастных периодов жизни человека.

– Мы вступаем в различные возрасты нашей жизни, точно новорожденные, не имея за плечами никакого опыта, сколько бы нам ни было лет.

Ф. Ларошфуко

Проблема профилактики и терапии кризисных состояний является одной из наиболее актуальных для современной психиатрии. Традиционно этот вопрос рассматривается с позиций теории стресса Г. Селье. Гораздо меньше внимания уделяется вопросам возрастных кризисов личности и практически не затрагиваются экзистенциальные проблемы человека. А между тем, говоря о кризисных состояниях и их профилактике нельзя не затронуть вопрос взаимоотношения “Я”, “МОЕ” и “СМЕРТЬ”, ибо без рассмотрения этих взаимоотношений нельзя понять генез посттравматических стрессовых расстройств, суицидального поведения и других невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Описание психологических особенностей человека в различные периоды его жизни — задача крайне сложная и многогранная. В этой главе акцент будет сделан на проблемах, характерных для определенных периодов жизни человека, которые часто лежат в основе тревоги, страхов, и других расстройств, потенцирующих развитие кризисных состояний, а также на возрастной динамике формирования страха смерти.

Проблему осмысления истоков возникновения личностного кризиса и ее возрастную динамику исследовали многие авторы. Эрик Эриксон, создатель эго-теории личности, выделил 8 стадий психосоциального развития личности. Он считал, что каждая из них сопровождается *“кризисом — поворотным моментом в жизни индивидуума, который возникает как следствие достижения определенного уровня психологи-*

ческой зрелости и социальных требований, предъявляемых к индивидууму на этой стадии". Каждый психосоциальный кризис сопровождается как позитивными, так и негативными последствиями. Если конфликт разрешен, то личность обогащается новыми, положительными качествами, если не разрешен — возникают симптомы и проблемы, которые могут повлечь за собой развитие психических и поведенческих расстройств (E.N.Erikson , 1968).

Таблица 2. Стадии психосоциального развития (по Эриксону)

N	Стадия	Возраст	Психосоциальный кризис	Сильные стороны
1.	Орально–сенсорная	Рождение–1 год	Базальное доверие – базальное недоверие	Надежда
2.	Мышечно–анальная	1–3 года	Автономия – стыд и сомнения	Сила воли
3.	Локомоторно–генитальная	3–6 лет	Инициативность – вина	Цель
4.	Латентная	6–12 лет	Трудолюбие – неполноценность	Компетентность
5.	Подростковая	12–19 лет	Эго – идентичность – ролевое смещение	Верность
6.	Ранняя зрелость	20–25 лет	Интимность – изоляция	Любовь
7.	Средняя зрелость	26–64 года	Продуктивность–застой	Забота
8.	Поздняя зрелость	65 лет – смерть	Эго–интеграция – отчаяние	Мудрость

На первой стадии психосоциального развития (рождение — 1 год) уже возможен первый важный психологический кризис, обусловленный недостаточным материнским уходом и отвержением ребенка. Материнская депривация лежит в основе “базального недоверия”, которое в дальнейшем потенцирует развитие страха, подозрительности, аффективных расстройств.

На второй стадии психосоциального развития (1 – 3 года)

психологический кризис сопровождается появлением чувства стыда и сомнения, что в дальнейшем потенцирует формирование неуверенности в себе, тревожной мнительности, страхов, обсессивно–компульсивного симптомокомплекса.

На третьей стадии психосоциального развития (3 – 6 лет) психологический кризис сопровождается формированием чувства вины, покинутости и никчемности, что впоследствии может стать причиной зависимого поведения, импотенции или фригидности, расстройств личности .

Создатель концепции родовой травмы O.Rank (1952) говорил о том, что тревога сопровождает человека с момента его рождения и обусловлена страхом смерти, связанным с переживанием отрыва плода от матери во время рождения. R. J.Kastenbaum (1981) отмечал, что даже очень маленькие дети испытывают душевный дискомфорт, связанный со смертью и часто родители даже не подозревают об этом. Иного мнения придерживался R. Furman (1964), который настаивал на том, что только в возрасте 2–3 лет может возникнуть понятие о смерти, так как в этот период появляются элементы символического мышления и примитивный уровень оценок реальности.

М. Н. Nagy (1948), изучив сочинения и рисунки почти 4 тысяч детей Будапешта, а также проведя индивидуальные психотерапевтические и диагностические беседы с каждым из них, выявила, что дети до 5 лет рассматривают смерть не как финал, а как сон или отъезд. Жизнь и смерть для этих детей не исключали друг друга. В последующих исследованиях она выявила особенность, поразившую ее: дети говорили о смерти как о разделении, о некоем рубеже. Исследования М.С.МсIntire (1972), проведенные четверть века спустя, подтвердили выявленную особенность: только 20% 5–6 летних детей думают, что их умершие животные оживут и только 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у умерших животных. Аналогичные результаты были получены и другими исследователями (J.E.Alexander, 1965; T.B.Hagglund, 1967; J.Hinton, 1967; S.Wolff, 1973).

В.М.Миллер (1971) отмечает, что для ребенка **дошкольного возраста** понятие “смерть” отождествляется с потерей матери и это часто яв-

ляется причиной их неосознанных страхов и тревоги. Страх смерти родителей у психически здоровых дошкольников наблюдался у 53% мальчиков и у 61% девочек. Страх своей смерти отмечался у 47% мальчиков и 70% девочек (А.И.Захаров, 1988). Суициды у детей до 5 лет — единичны, однако в последнее десятилетие наметилась тенденция к их росту.

Как правило, воспоминания о тяжелом заболевании, грозящем смертельным исходом в этом возрасте, остаются у ребенка на всю жизнь и играют значительную роль в его дальнейшей судьбе. Так, один из “великих отступников” венской психоаналитической школы, психиатр, психолог и психотерапевт Альфред Адлер (1870 – 1937), создатель индивидуальной психологии писал о том, что в возрасте 5 лет он чуть не умер и в дальнейшем его решение стать врачом, т.е. человеком, борющимся со смертью, было обусловлено именно этими воспоминаниями. Кроме того, пережитое событие нашло свое отражение и в его научном мировоззрении. В невозможности контролировать время наступления смерти или предотвратить ее он видел глубинную основу комплекса неполноценности.

Дети с чрезмерными страхами и тревогой, связанной с разлукой со значимыми близкими, сопровождающимися неадекватными страхами одиночества и расставания, ночными кошмарами, социальной аутизацией и рецидивирующими сомато–вегетативными дисфункциями, нуждаются в консультации и лечении психиатра. В МКБ–10 такое состояние классифицируется как “Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте” (F 93.0).

Дети школьного возраста, или **4 стадии по Э.Эриксону** (6–12 лет) приобретают в школе знания и навыки межличностного общения, определяющие их личную значимость и достоинство. Кризис этого возрастного периода сопровождается появлением чувства неполноценности или некомпетентности, чаще всего коррелирующей с успеваемостью ребенка. В дальнейшем эти дети могут утратить уверенность в себе, способность эффективно трудиться и поддерживать человеческие контакты.

Психологические исследования показали, что дети этого возраста интересуются проблемой смерти и уже достаточно подготовлены к разговору о ней. В словарный текст было включено слово “мертвый”, и

это слово было адекватно воспринято подавляющим большинством детей. Лишь 2 из 91 ребенка умышленно обошли его. Однако, если дети 5,5 – 7,5 лет считали смерть маловероятной лично для себя, то в возрасте 7,5 – 8,5 лет они признают ее возможность и для себя лично, хотя возраст предполагаемого ее наступления варьировал в пределах от “через несколько лет до 300 лет”.

G.P. Koosher (1971) исследовал представления неверующих детей 6–15 лет касающиеся их предполагаемого состояния после смерти. Разброс ответов на вопрос, “что случится, когда ты умрешь?”, распределился следующим образом: 52% ответили, что их “закопают”, 21% , что они “попадут на небо”, “буду жить и после смерти”, “подвергнусь Божьей каре”, 19% “организуют похороны”, 7% посчитали, что они “заснут”, 4% — “перевоплотятся”, 3% — “кремируют”. Вера в личное или всеобщее бессмертие души после смерти была выявлена у 65% верующих детей 8 – 12 лет (M.C. McIntire, 1972).

У детей *младшего школьного возраста* резко возрастает распространенность страха смерти родителей (у 98% мальчиков и 97% психически здоровых девочек 9 лет), который наблюдается уже практически у всех 15 летних мальчиков и 12 летних девочек. Что касается страха своей собственной смерти, то в школьном возрасте он встречается довольно часто (до 50%), хотя реже у девочек (Д.Н.Исаев, 1992).

У младших школьников (в основном после 9 лет) уже наблюдается суицидальная активность, которая чаще всего обусловлена не серьезными психическими заболеваниями, а ситуационными реакциями, источником которых являются, как правило, внутрисемейные конфликты.

Подростковый период (12 – 18 лет), или **пятая стадия психосоциального развития**, традиционно считается наиболее уязвимым для стрессовых ситуаций и для возникновения кризисных состояний. Э. Эриксон выделяет этот возрастной период как очень важный в психосоциальном развитии и считает патогномичным для него развитие *кризиса идентичности*, или ролевое смещение, которое проявляется в трех основных сферах поведения:

- проблема выбора карьеры;
- выбор референтной группы и членство в ней (реакция группиро-

вания со сверстниками по А.Е. Личко);

- употребление алкоголя и наркотиков, которое может временно ослабить эмоциональные стрессы и позволяет испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности (E.N.Erikson,1963).

Доминирующими вопросами этого возраста являются: “Кто Я?”, “Как Я впишусь в мир взрослых?”, “Куда Я иду?” Подростки пытаются выстроить собственную систему ценностей, часто вступая в конфликт со старшим поколением, ниспровергая их ценности. Классическим примером является движение хиппи.

Представление о смерти у подростков, как об универсальном и неизбежном конце человеческой жизни приближается к таковому у взрослых. Ж. Пиаже писал, что именно с момента постижения идеи смерти ребенок становится агностиком, то есть у него появляется присущий взрослому способ мировосприятия. Хотя, признавая интеллектуально “смерть для других”, они фактически на эмоциональном уровне отрицают ее для себя. У подростков преобладает романтическое отношение к смерти. Часто они трактуют ее как иной способ существования.

Именно на подростковый возраст приходится пик суицидов, пик экспериментов с нарушающими сознание веществами и другой жизненно опасной активности. Причем подростки, в анамнезе которых неоднократно отмечались мысли о самоубийстве, отвергали мысли о его смертельном исходе. Среди 13–16 летних 20% верили в сохранение сознания после смерти, 60% — в существование души и только 20% — в смерть как прекращение физической и духовной жизни.

Для этого возраста характерны мысли о суициде, как о мести за обиду, ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Преобладают мысли типа: “Вот я умру назло вам и посмотрю, как вы будете страдать и сожалеть о том, что были несправедливы ко мне”.

Исследуя механизмы психологической защиты при тревоге, потенцируемой мыслями о смерти, Е.М.Pattison (1978) установил, что они, как правило, идентичны таковым у взрослых из их ближайшего окружения: чаще отмечаются интеллектуальные, зрелые механизмы защиты, хотя в ряде случаев были отмечены и невротические формы защиты.

А.Маурер (1966) провел анкетирование 700 старшеклассников и на вопрос “Что тебе приходит на ум, когда ты думаешь о смерти?” выявил следующие ответы: осознание, отвергание, любопытство, презрение и отчаяние. Как уже отмечалось ранее, страх собственной смерти и смерти родителей наблюдается у подавляющего большинства подростков.

В молодости (или **ранней зрелости** по Э. Эриксону — 20–25 лет) молодые люди ориентированы на получение профессии и создание семьи. Главной проблемой, которая может возникнуть в этот возрастной период, является поглощенность собой и избегание межличностных отношений, что является психологической основой для возникновения чувства одиночества, экзистенциального вакуума и социальной изоляции. Если кризис успешно преодолен, то у молодых людей формируется способность любить, альтруизм, нравственное чувство.

По миновании подросткового возраста, мысли о смерти все реже посещают молодых людей, и они очень редко задумываются о ней. 90% студентов сказали, что они редко думают о собственной кончине, в личностном отношении она для них мало значима (J.Hinton,1972).

Неожиданными оказались мысли современной отечественной молодежи о смерти. По данным С.Б. Борисова (1995), исследовавшего студентов педагогического института Подмосковья, 70% респондентов в той или иной форме признают бытие души после физической смерти, из них 40 % верят в реинкарнацию, т.е. переселение души в другое тело. Однозначно отвергают бытие души после смерти всего 9% интервьюируемых.

Еще несколько десятилетий тому назад считалось, что **в зрелом возрасте** у человека нет значимых проблем, связанных с развитием личности, а зрелость считалась временем достижений. Однако работы Левинсона “Сезоны человеческой жизни”, Нейгартена “Осознание зрелого возраста”, Ошерсона “Печаль о потерянном “Я” в середине жизни”, а также изменения в структуре заболеваемости и смертности в этот возрастной период заставили исследователей по иному посмотреть на психологию зрелости и назвать этот период “кризисом зрелости”.

В этом возрастном периоде доминируют потребности самоуважения и самоактуализации (по А. Maslow). Наступает время подведения первых итогов сделанного в жизни. Э. Эриксон считает, что для этой

стадии развития личности характерна также забота о будущем благополучии человечества (в противном случае возникает безразличие и апатия, нежелание заботиться о других, самопоглощенность собственными проблемами).

В эту пору жизни возрастает частота депрессий, суицидов, неврозов, зависимых форм поведения. Смерть сверстников побуждает к размышлениям о конечности собственной жизни. По данным различных психологических и социологических исследований, тема смерти актуальна для 30%–70% лиц этого возраста. Неверующие сорокалетние понимают смерть как конец жизни, ее финал, однако даже они считают себя “чуть–чуть бессмертнее других”. Для этого периода также характерно чувство разочарования в профессиональной карьере и семейной жизни. Это обусловлено тем, что как правило, если ко времени наступления зрелости не реализованы поставленные цели, то они уже мало достижимы.

А если реализованы?

Человек вступает во вторую половину жизни и его предыдущий жизненный опыт не всегда пригоден для решения проблем этого времени.

Проблеме 40–летних К.Г. Юнг посвятил свой доклад “Жизненный рубеж”(1984), в котором он ратовал за создание “высших школ для сорокалетних, которые готовили бы их к будущей жизни”, ибо человек не может прожить вторую половину жизни по той же программе, что и первую. В качестве сравнения психологических изменений, происходящих в различные периоды жизни в душе человека, он приводит сравнение с движением солнца, имея в виду солнце, “одушевленное человеческим чувством и наделенное сиюминутным человеческим сознанием. Утром оно появляется из ночного моря бессознательного, освещая широкий, пестрый мир, и чем выше оно поднимается на небосводе, тем дальше распространяет свои лучи. В этом расширении сферы своего влияния, связанном с восходом, солнце будет видеть свое предназначение и усматривать свою высшую цель в том, чтобы подняться как можно выше.

С этим убеждением солнце достигает непредвиденной полуденной высоты — непредвиденной, потому что из–за своего однократного индивидуального существования оно не могло знать заранее собственного

кульминационного пункта. В двенадцать часов дня начинается закат. Он представляет собой инверсию всех ценностей и идеалов утра. Солнце становится непоследовательным. Оно как бы убирает свои лучи. Свет и тепло убывают вплоть до полного угасания”.

Пожилые люди (стадия поздней зрелости по Э. Эриксону). Исследованиями геронтологов установлено, что физическое и психическое старение зависит от личностных особенностей человека и от того, как он прожил свою жизнь. Г. Руффин (1967) условно выделяет три вида старости: “счастливую”, “несчастливую” и “психопатологическую”. Ю.И. Полищук (1994) исследовал методом случайной выборки 75 человек в возрасте от 73 до 92 лет. По данным полученных исследований в этой группе преобладали лица, чье состояние квалифицировалось как “несчастливая старость” — 71%; 21% составили лица с так называемой “психопатологической старостью” и 8% переживали “счастливую старость”.

“Счастливая” старость наступает у гармоничных личностей с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности, занимающихся длительное время интеллектуальным трудом и не оставивших этого занятия и после выхода на пенсию. Психологическое состояние этих людей характеризуется витальной астенией, созерцательностью, склонностью к воспоминаниям, умиротворенностью, мудрой просветленностью и философским отношением к смерти. Э. Эриксон (1968, 1982) считал, что “только у того, кто каким-то образом заботился о делах и людях, кто переживал триумфы и поражения в жизни, кто был вдохновителем для других и выдвигал идеи — только у того могут постепенно созревать плоды предшествующих стадий”. Он полагал, что только в старости приходит настоящая зрелость и называл этот период “поздней зрелостью”. “Мудрость старости отдает себе отчет в относительности всех знаний, приобретенных человеком на протяжении жизни в одном историческом периоде. Мудрость — это осознание безусловного значения самой жизни перед лицом самой смерти”. Многие выдающиеся личности создали свои лучшие произведения в старости.

Тициан написал “Битву при Леранто”, когда ему было 98 лет и создал свои лучшие произведения после 80 лет. Микеланджело завершал свою скульптурную композицию в храме Святого Петра в Риме на девя-

том десятке жизни. Великий естествоиспытатель Гумбольдт до 90 лет работал над своим трудом “Космос”, Гете создал бессмертного Фауста в 80 лет, в этом же возрасте Верди написал “Фальстафа”. В 71 год Галилео Галилей открыл вращение Земли вокруг Солнца. Книга “Происхождение человека и половой отбор” была написана Дарвиным, когда ему было за 60 лет.

Творческие личности, дожившие до глубокой старости.

Горгий (ок. 483–375 до н.э.), др.–греч. ритор, софист	108
Шевроль Мишель Эжен (1786–1889), франц. химик	102
Аббот Чарльз Грили (1871–1973), амер. астрофизик	101
Гарсия Мануэль Патрисио (1805–1906), исп. певец и педагог	101
Людкевич Станислав Филиппович (1879–1979), украинский композитор	100
Дружинин Николай Михайлович (1886–1986), сов. историк	100
Фонтенель Бернар Ле Бовье де (1657–1757), франц. философ	99
Менендес Пидаль Рамон (1869–1968), исп. филолог и историк	99
Галле Иоганн Готфрид (1812–1910), нем. астроном	98
Рокфеллер Джон Дэвидсон (1839–1937), америк. промышленник	98
Шагал Марк (1887–1985), франц. живописец	97
Яблочкина Александра Александровна (1866–1964), русская советская актриса	97
Кронков Сергей Тимофеевич (1874–1971), рус. сов. скульптор	97
Рассел Бертран (1872–1970), англ. философ	97
Рубинштейн Артур (1886–1982), польск.–амер. пианист	96
Флеминг Джон Амброз (1849–1945), англ. физик	95
Сперанский Георгий Нестерович (1673–1969), рус. сов. педиатр	95
Страдивари Антонио (1643–1737), итал. скрипичный мастер	94
Шоу Джордж Бернард (1856–1950), англ. писатель	94
Петипа Мариус (1818–1910), франц., балетмейстер и педагог	92
Пикассо Пабло (1881–1973), исп. художник	92
Бенуа Александр Николаевич (1870–1960), рус. живописец	90

“Несчастливая старость” чаще возникает у личностей с чертами тревожной мнительности, сензитивности, наличием соматических заболе-

ваний. Для этих лиц характерна утрата смысла жизни, чувство одиночества, беспомощности и постоянные размышления о смерти, как об “избавлении от страданий”. У них часты суицидальные мысли, возможны суицидальные действия и обращение к методам эвтаназии.

Иллюстрацией может служить старость всемирно известного психотерапевта З. Фрейда, прожившего 83 года.

В последние десятилетия своей жизни З. Фрейд пересмотрел многие постулаты созданной им теории психоанализа и выдвинул ставшую основополагающей в его поздних работах гипотезу о том, что основой психических процессов является дихотомия двух могущественных сил: инстинкта любви (Эроса) и инстинкта смерти (Танатоса). Большинство последователей и учеников не поддержали его новых взглядов о фундаментальной роли Танатоса в жизни человека и объяснили поворот в мировоззрении Учителя интеллектуальным увяданием и заострившимися личностными чертами. З. Фрейд испытывал острое чувство одиночества и непонятости.

Ситуация усугубилась и изменившейся политической обстановкой: в 1933 году к власти в Германии пришел фашизм, идеологи которого не признали учение Фрейда. Его книги сжигались в Германии, а через несколько лет в печах концентрационного лагеря были умерщвлены и 4 его сестры. Незадолго до смерти Фрейда, в 1938 году, фашисты оккупировали Австрию, конфисковав его издательство и библиотеку, имущество и паспорт. Фрейд стал узником гетто. И только благодаря выкупу в 100 тысяч шиллингов, который заплатила за него его пациентка и последовательница принцесса Мария Бонапарт, его семья смогла эмигрировать в Англию.

Смертельно больной раком, потерявший своих родных и учеников, Фрейд потерял и Родину. В Англии, несмотря на восторженный прием, его состояние ухудшалось. 23 сентября 1939 года по его просьбе лечащий врач сделал ему 2 укола, которые и прервали его жизнь.

“Психопатологическая старость” проявляется возрастными органическими нарушениями, депрессией, ипохондрией психопатоподобными, неврозоподобными, психоорганическими расстройствами, старческим слабоумием. Очень часто у таких пациентов выражен страх

оказаться в доме для престарелых.

Исследования 1000 жителей Чикаго выявили актуальность темы смерти практически для всех лиц пожилого возраста, хотя вопросы финансов, политики и т.п. были для них не менее значимыми. Люди этого возраста философски относятся к смерти и склонны воспринимать ее на эмоциональном уровне скорее как продолжительный сон, чем как источник страданий. Социологические исследования выявили, что у 70% лиц пожилого возраста мысли о смерти касались подготовки к ней (28% — составили завещание; 25% — уже подготовили некоторые похоронные принадлежности и половина уже обговорила свою смерть с ближайшими наследниками (J.Hinton, 1972).

Эти данные, полученные при социологическом опросе пожилых людей США контрастируют с результатами подобных исследований жителей Великобритании, где большинство исследуемых избегали этой темы и на вопросы отвечали следующим образом: “Я пытаюсь как можно меньше думать о смерти и умирании”, “Я стараюсь переключаться на другие темы” и т.п.

В переживаниях, связанных со смертью, достаточно определенно проявляется не только возрастная, но и половая дифференциация.

K.W.Back (1974), исследуя возрастную и половую динамику переживания времени методом Р. Кнаппа, предъявлял исследуемым наряду с “метафорами времени” и “метафоры смерти”. В результате исследования он пришел к выводу, что мужчины относятся к смерти с большим неприятием, чем женщины: эта тема вызывает у них ассоциации, проникнутые страхом и отвращением. У женщин описан “комплекс Арлекина”, при котором смерть представляется загадочной и в чем-то даже привлекательной.

Иная картина психологического отношения к смерти была получена спустя 20 лет.

Национальное агентство по развитию науки и космических исследований Франции изучало проблему танатологии по материалам социологического исследования более 20 тысяч французов. Полученные данные были опубликованы в одном из номеров “Regards sur l’actualite” (1993) — официальном издании Французского государственного центра докумен-

тации, публикующего статистические материалы и отчеты по важнейшим для страны проблемам .

Полученные результаты свидетельствовали о том, что мысли о смерти особенно актуальны для лиц 35 – 44 лет и во всех возрастных группах женщины чаще задумываются о конечности жизни, что наглядно отражено в таблице 3.

Таблица3.Распределение частоты встречаемости мыслей о смерти по возрасту и полу (в %).

Пол	Возраст, годы			
	18–24	25–34	35–44	55–69
Мужчины	18	14	30	21
Женщины	22	29	35	41

У женщин мысли о смерти чаще всего сопровождаются страхом и беспокойством, мужчины относятся к этой проблеме более взвешенно и рационально, а в трети случаев и вовсе безразлично. Отношение к смерти у мужчин и женщин отражено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение мыслей об отношении к смерти по полу (в%).

Пол	Страх, беспокойство	Спокойствие	Безразличие	Удовлетворение
Мужчины	38	21	30	2
Женщины	59	19	12	1

Исследуемые, отнесшиеся к проблеме смерти с безразличием или спокойствием, объясняли это тем, что, по их мнению, есть более страшные состояния, чем смерть (табл. 5)

Таблица5.

	Мужчины	Женщины
Жить в одиночестве	16%	18%
Быть беспомощным, зависимым	47%	48%

Быть брошенным любимым человеком	17%	10%
Потерять близких	33%	44%
Страдать от неизлечимой болезни	44%	47%

Безусловно, мысли о смерти рождали осознаваемый и неосознаваемый страх. Поэтому наиболее универсальным желанием у всех тестируемых был быстрый уход из жизни. 90% опрошенных отвечали, что хотели бы умереть во сне, избежав страданий.

В заключении следует отметить, что разрабатывая профилактические и реабилитационные программы для лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, наряду с клинико–психопатологическими особенностями пациентов необходимо учитывать, что в каждом возрастном периоде жизни человека возможны кризисные состояния, в основе которых лежат специфические для данной возрастной группы психологические проблемы и фрустрированные потребности.

Помимо этого, развитие личностного кризиса детерминировано культуральными, социально–экономическими, религиозными факторами, а также сопряжено с половой принадлежностью индивида, его семейными традициями и личностным опытом. Особо следует отметить, что для продуктивной психокоррекционной работы с этими пациентами (в особенности с суицидентами, лицами с посттравматическим стрессовым расстройством) необходимы специфические знания в области танатологии (ее психолого–психиатрический аспект). Очень часто острые и/или хронические стрессы потенцируют и усугубляют развитие возрастного кризиса личности и приводят к драматическим последствиям, профилактика которых является одной из главных задач психиатрии.

Глава 3. Кризисные состояния: клиника, диагностика и терапия.

Диагноз в психиатрии очень несовершенная наука с ограниченным кругом успешности. Подобно сильным таблеткам, его лучше применять щадяще и только тогда, когда ясна его польза для пациента. Диагноз не может быть ответом на проблему, скорее, это гипотеза для проверок и пересмотров. В нашей профессии мы имеем дело не с симптомом, а с человеческим бытием.

Дж. Ньюман.

Под жизненными событиями, ведущими к кризису, понимают “события, создающие потенциальную или активную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей и ставящие перед человеком проблему, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом” (Ф.Е. Василюк, 1984; G. Caplan, 1963; G.F. Jacobson, 1974).

С психологической точки зрения кризис рассматривается как неудачная попытка преодоления, под которым понимают реакции на угрожающие проблемы или ситуации.

3.1. Преодолевающее поведение.

Выделяют следующие типы преодолевающего поведения (Lazarus, 1966):

- Поведение, направленное на разрешение проблемы.

Этот модус поведения является основой зрелого и адаптивного преодоления. Другие типы преодолевающего поведения носят менее адаптивный характер.

- Регрессия.

Вариант преодолевающего поведения, основой которого являются детские формы поведения, которые в младенчестве позволяли преодолеть проблемы путем перекладывания ответственности на других. Одним из вариантов регрессивного поведения считается алкоголизм и наркомания.

- Отрицание.

Восприятие реальности извращается таким образом, что проблема как бы исчезает. Этот способ преодолевающего поведения может быть эффективным, если проблема решается сама собой. В противном случае такая реакция лишь усугубляет решение проблемы.

- Инерция.

Состояние бездействия, основанное на мнении пациента, что в данной ситуации ничего нельзя предпринять и любые действия обречены. Такой модус поведения характерен для депрессивных, тревожно-мнительных пациентов, лиц, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами.

- Аффективные реакции.

Возникновение проблемной ситуации вызывает аффективные реакции. Чаще всего это гнев (часто с вербальной и невербальной агрессией), страх, тревога, печаль и т.п. Аффективная реакция выступает в виде необходимой мотивирующей силы для осуществления преодолевающего поведения, и очень часто возникновение такой реакции в ответ на фрустрацию превращается еще в одну проблему пациента, требующую психотерапевтического вмешательства.

Если попытка преодоления терпит неудачу, то последовательно развиваются 4 фазы кризиса (G. Caplan, 1963):

1. Рост напряжения, стимулирующий привычные для данной личности способы преодолевающего поведения.
2. Дальнейший рост напряжения, возбуждения, агрессивности, уровня тревоги, диссомнии в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.
3. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних психологических и физических ресурсов. Пред-

принимаются попытки использовать не характерные для личности способы преодоления.

4. Нарастание тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, нарастание дезорганизации поведения, истощение и декомпенсация.

Из кризиса можно выйти на любом его этапе, если исчезнет ситуация, его вызвавшая. Психотерапевтическая помощь показана на любой стадии кризиса, однако, на 3 и 4 она необходима в обязательном порядке.

В зависимости от степени значимости конфликта для жизненного пути личности психологи выделяют два рода кризисных ситуаций:

1. Кризис, в результате которого сохраняется возможность реализации и продолжения намеченного жизненного пути

2. Кризис, в результате которого реализация намеченного жизненного сценария становится невозможной.

Большинство отечественных исследователей считают, что критические жизненные события могут вызвать не только психологические проблемы и трудности, но и потенцировать развитие клинически оформленных психических расстройств (Ю. В. Попов, 1992; Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий, 1994; В. А. Абрамов, 1995; Ц. П. Короленко, 1995 и др.). Эти расстройства выделены в международной классификации болезней (10-й пересмотр) в раздел “Психические и поведенческие расстройства” в рубрику F4 — “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства”.

Для постижения механизмов развития кризисных состояний, а, следовательно, и для адекватного нахождения путей их терапии и профилактики необходимо рассмотреть важнейшие характеристики, лежащие в их основе — тревогу и страх.

3.2. Тревога и страх.

W. Auden охарактеризовал 20 столетие как “век тревоги”. Состояние периодически возникающей тревоги является неотъемлемой частью жизни человека. R. May (1951) говорил о том, что тревога есть своего рода постижение, вытекающее из угрозы какой-либо ценности, значимой для человека. Нормальная тревога, согласно представлениям R. May,

пропорциональна объективной безопасности, а невротическая – не пропорциональна ей.

Ж. Н. Влум (1972) также рассматривал тревогу, как общечеловеческий феномен, его универсальную черту. Он говорил, что нормальная тревога имеет положительное значение для достижения цели и полезна для развития человека, ибо она ведет его к действиям и запускает моторный феномен, в результате которого тревога спадает. По мнению Дж. Блюма, тревога имеет профилактическое значение, так как постоянно сигнализирует человеку об опасности и побуждает его к действиям, которые он совершает в силу того, что постоянно стремится к эмоциональному гомеостазу.

Но достижение эмоционального равновесия между внешним стрессом и внутренними побуждениями чревато усугублением тревоги, ибо перед лицом стрессовой ситуации социализированный человек, обремененный социальными нормами и запретами, должен вести себя сдержанно, согласно «идеальным идеям». А именно: «идеи о том, что действия человека должны соответствовать идеям, идеям о том, что действия человека должны соответствовать идеям». А именно: «идеи о том, что действия человека должны соответствовать идеям».

1. Приспособление через защиту.
2. Приспособление через избегание.
3. Приспособление через болезнь
4. Локальный страх
5. Состояние тревоги

Согласно взглядам З.Фрейда (1989) для предупреждения развития тревоги и для ее подавления решающее значение имеют психологические защитные механизмы, знание которых чрезвычайно важно для адекватной психологической и психотерапевтической помощи.

Среди них наиболее значимы следующие:

- Вытеснение — защитный механизм, благодаря которому человек вытесняет неприемлемые мысли, желания, побуждения из сознания в бессознательное. Проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов, симптомами болезни или ее игнорировании (анагнозия). Тревога может быть вытеснена на уровень физиологических расстройств (тики,

заикание), на объект или принять характер фобических расстройств.

- **Замещение (перенос)** – бессознательный механизм защиты, при котором недостижимая цель или желание замещается сознательно более приемлемыми. При тревожно–фобических расстройствах тревога изолируется от ситуации и переносится на другой символический объект. В фобии происходит бессознательный перенос страха, возникшего от бессознательного источника на другой, осознаваемый страх.

- **Проекция** – механизм защиты, при котором собственные неосознаваемые черты характера, побуждения, тенденции приписываются другим и проецируются на них. Например, при социо– и агорафобии бессознательно подавляемая агрессивность или сексуальность проецируется на окружающую среду, которая вследствие этого представляется опасной и вызывает страх.

- **Рационализация** – механизм психологической защиты, обеспечивающий рациональное объяснение поведения и поступков, истинные мотивы которых остаются неосознанными. Этот механизм способствует частичной редукции тревоги при генерализованном тревожном расстройстве. Сначала человек пытается найти логическое объяснение немотивированной тревоге. Если это ему не удастся, то он пытается найти приемлемые причины для объяснения своих чувств и действий.

- **Регрессия** – возврат психических функций и форм поведения на ранний уровень развития, так как в детском возрасте беспомощное поведение социально приемлемо и одобряемо. Будучи взрослым, такой человек не может конструктивно решать проблемы, обусловленные как внешними, так и внутренними причинами. Механизм регрессии чаще всего наблюдается при генерализованном тревожном и паническом расстройствах, а также при посттравматическом постстрессовом расстройстве.

- **Символизация** — механизм удовлетворения бессознательных желаний в символической форме (оговорки, описки, сновидения и т. п.). Характерен для фобических и постстрессовых расстройств.

- **Избегание** – механизм защиты, нацеленный на избегание окружения, потенцирующего тревогу. Характерен для социо– и агорафобии. Особый вид избегания (некоторые авторы относят его к компенсации) – “бегство в работу”.

- Отказ (отрицание) – защитный психологический механизм, с помощью которого осознанные мысли, желания, поступки отрицаются путем бессознательного отказа от них. Реальное положение дел оказывается, как бы несущественным и перестает быть источником тревоги.

- Фантазирование — механизм, благодаря которому в воображении человека осуществляются его желания, успешно разрешаются конфликтные ситуации, что способствует снижению внутриспсихического напряжения и тревоги. Грезы принимают две формы: “героя–завоевателя” и “героя–страдальца”.

Здесь перечислены лишь основные психологические защитные механизмы наиболее значимые при рассмотрении проблемы тревоги. Следует отметить, что они лишь временно снижают или подавляют интенсивность тревоги и страха, а не купируют их. Устойчивое доминирование какого–либо защитного механизма искажает картину мира у пациента и может привести к усугублению его психического состояния. Например, при социо – и агорафобиях постоянный отказ и избегание социальных ситуаций, потенцирующих тревогу, приводит к потере “социальной идентичности” и социальной изоляции вплоть до инвалидизации.

По, по мнению S. Parks (1987) для каждого человека существует лимитное количество тревоги, к которому он может быть толерантен. При исчерпании этого лимита человек либо бежит от нее, либо борется с ней.

P. Tilich (1954) впервые отметил и описал различие между страхом и тревогой.

Тревога — это эмоциональное состояние, заключающееся в переживании смутной, неопределенной опасности, имеющее направленность в будущее и содержащее в себе мобилизующий компонент.

Страх в отличие от тревоги – это переживание непосредственной, конкретной угрозы.

Составные тревоги – вегетативные, психологические и поведенческие симптомы.

К вегетативным проявлениям относятся следующие: одышка или ощущение удушья, сердцебиение, чувство сжатия или болей в сердце, учащение пульса, потливость, холодные липкие руки, сухость во рту,

людьми), чрезмерно озабочены мнением окружающих о себе, боятся негативных оценок и отвержения. Если эти расстройства достигают степени клинически оформленного состояния с вегетативными, психологическими и поведенческими расстройствами, согласно МКБ–10 они классифицируются, как **социальные фобии — F40.1**

5. **Неврогическая тревога** — хроническое, клинически оформленное состояние, которое сопровождается страхом, тревогой, паническими, обсессивно–фобическими, генерализованным тревожным расстройством, а также вегетативными, психологическими и поведенческими расстройствами. Она лишает человека способности к нормальной жизнедеятельности. В МКБ–10 эти состояния классифицируются следующим образом.

F40. Тревожно–фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

.00 без панического расстройства

.01 с паническим расстройством

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие тревожно–фобические расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41. Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42. Обсессивно–компульсивное расстройство

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)

F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно–компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно–компульсивное расстройство, неуточненное

6. Соматическая тревога — возникает на базе длительно переживаемой тревоги по поводу соматических симптомов, не подтвержденных многократными клиническими и параклиническими исследованиями. Клинически она выражается в различных ипохондрических расстройствах, соматоформной вегетативной дисфункции (сердечно–сосудистой системы, желудочно–кишечного тракта, дыхательной и урогенитальной системы, хроническом болевом синдроме и других расстройствах). Возникающий пролонгированный ятрогенный кризис потенцирует развитие соматоформных расстройств, классифицируемых в отдельной рубрике **F45**.

7. Физиологическая тревога — тревожно–астеническое состояние, иногда с паническими приступами, являющееся следствием операции, интоксикации, родов и т.п.

8. Витальная тревога — состояние, связанное со страхом невозможности осуществления витальных функций (голод, жажда, секс и т.п.).

9. Психотическая тревога — сопутствующий психическому расстройству симптом (тревожно–параноидный, тревожно–депрессивный).

10. Тревога как посттравматическое стрессовое расстройство. Возникает после чрезвычайно сильного, угрожающего жизни стресса (войны, природные и техногенные катастрофы). Ее специфические проявления описаны ниже.

11. Фармакогенная тревога. Некоторые вещества и лекарственные средства при их длительном приеме или отмене могут вызывать или усиливать соматические и психические симптомы тревоги. Например:

- интоксикация кокаином, каннабисом, кофеином, галлюциногенами
- синдром отмены при злоупотреблении алкоголем, никотином, кокаином
- употребление препаратов щитовидной железы в высоких дозах
- прием противоастматических средств (теофиллин)
- применение симпатомиметиков (особенно аноректики)

- длительный прием кортикостероидов в высоких дозах (50мг или более преднизолона) и их отмена.

3.3. F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

В эту рубрику включены расстройства, которые обусловлены воздействием “исключительно сильного стрессового жизнеопасного события или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развиваются расстройства адаптации”.

Распространенность этих расстройств находится в прямой зависимости от частоты стрессовых ситуаций. У 50%–80% лиц, перенесших тяжелый стресс, развиваются клинически оформленные расстройства и нарушения адаптации. В мирное время случаи посттравматических стрессовых расстройств встречаются в 0,5% случаев у женщин и в 1,2% случаев у мужчин. Наиболее уязвимая группа — это дети, подростки и пожилые. Помимо специфических биологических и психологических особенностей у этой группы лиц не сформированы (у детей) или ригидны (у пожилых) копинг–механизмы.

В эту рубрику входят следующие диагностические категории:

3.3.1. F43.0 Острая реакция на стресс.

Сюда включены транзиторные расстройства значительной тяжести, которые развиваются у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительно сильные стрессовые жизненные события (природные катастрофы, несчастные случаи, изнасилование и т.п.). Эти расстройства обычно проходят через несколько часов или дней. Клиническая симптоматика полиморфна (вплоть до нарушенного сознания) и транзиторна.

Для постановки диагноза “Острая реакция на стресс” помимо четкой временной связи между стрессом и клиническими проявлениями необходимы следующие диагностические критерии:

- Клинико–психопатологическая картина полиморфна и калейдоскопична; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут

наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно.

- Быстрая редукция психопатологической симптоматики (самое большое в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой ситуации. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24–48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

В эту рубрику включаются:

- кризисное состояние
- острая кризисная реакция
- боевая усталость
- психический шок.

Как правило, такие пациенты редко попадают в поле зрения психиатров.

3.3.2. F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм и т.п.).

На протяжении жизни ПТСР переносит 1% населения, а у 15% могут возникнуть отдельные симптомы.

К факторам риска развития ПТСР относятся следующие: характерологические особенности личности, зависимое поведение, наличие психотравмы в анамнезе, подростковый возраст, пожилые люди, наличие соматического заболевания.

Диагностические критерии:

- травмирующее событие;
- начало расстройства после латентного периода, следующего за травмой (от нескольких недель до 6 месяцев, но иногда и позже);
- вспышки воспоминаний (“flashbacks”), повторяющие психотравмирующие события. Они могут появиться спустя десятилетия. Описан случай, когда у ветерана корейской войны, спустя 40 лет, имел место “flashbacks”–эффект, возникший в момент, когда по телевизору показы-

вали летящий вертолет, звук которого напомнил ему военные события;

- актуализация психотравмы в представлениях, снах, кошмарных сновидениях;
- социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких родственников;
- изменение поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к агрессии. Возможно антисоциальное поведение или противоправные действия;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками, особенно для снятия остроты болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;
- депрессия, суицидальные мысли или попытки;
- острые приступы страха, паники;
- вегетативные нарушения и неспецифические соматические жалобы (напр., головная боль).

У значительной части лиц ПТСР хронифицируются и часто сочетаются с аффективными расстройствами и наркогенными заболеваниями.

Лечение.

Необходимость длительного, комплексного лечения лиц, перенесших ПТСР, не вызывает сомнений. При легких случаях ПТСР хорошее действие оказывает психотерапия. Примирить человека с его прошлым — смысл большинства методов психотерапии при ПТСР. Для успешного лечения психотерапевт должен умело реагировать на “сильные аффекты”, которые столь часто обнаруживают больные: эмоциональную лабильность, взрывчатость, ранимость. Психотерапия помогает больному справиться с чувством вины, обрести потерянное чувство контроля над окружающим, справиться с состоянием беспомощности и бессилия.

Очень важны группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события. В Америке существуют группы поддержки ветеранов для жертв военных действий и военнопленных, в Нидерландах — убежище для женщин, избиваемых дома, в Киеве начала функционировать группа для жертв насилия.

Важным этапом психокоррекционной работы является семейное консультирование. Необходимо рассказать родственникам о клинических признаках ПТСР, о переживаниях и чувствах больного, о принципах

поведения родственников в данной ситуации. Обязательно необходимо проинформировать их о длительности течения этого заболевания и о возможном “flashbacks”–эффекте. С близкими родственниками также необходимо проведение психотерапевтических сеансов, ибо очень часто поведение больного может способствовать развитию пограничных психических расстройств.

Очень важно обучить пациента методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает их длительное время после травмы.

На определенных этапах развития ПТСР целесообразно применение фармакотерапии. Показаниями для назначения медикаментозного лечения являются:

- психомоторное возбуждение, панические атаки, приступы страха;
- депрессии, аутоагрессивное поведение;
- агрессивное и деструктивное поведение;
- соматовегетативные нарушения.

Как при остром, так и при хроническом ПТСР целесообразно применение антидепрессантов и транквилизаторов бензодиазепинового ряда, в некоторых случаях показано применение нейролептиков. Очень важно лечение симптоматического алкоголизма или наркоманий, которые нередки у этих больных.

Согласно данным катамнестических исследований (Т. Дж. McGlenn, G.L. Methcalf, 1989), состояние примерно 50% пациентов с ПТСР улучшается в течение шести месяцев после травмы. Если пациент способен справиться со стрессовой ситуацией без эмоциональной лабильности, тревоги, напряжения, вегетативной дисфункции — применение психофармакотерапии можно прекратить. Показанием к прекращению лечения можно считать достижение такого состояния пациента, при котором он восстановил свою самооценку, социальный и профессиональный статус и способен коррегировать свое эмоциональное состояние не прибегая к лекарствам.

3.3.3. F.43.2 Расстройства адаптации.

К расстройствам адаптации относятся “состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие со-

циальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительным жизненным изменениям или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может затрагивать индивидуум или его микросоциальное окружение.”

В целом клиническая картина характеризуется тревогой, беспокойством, анорексией, диссомнией, ощущением собственной неполноценности, снижением интеллектуальной и физической продуктивности, вегетативными расстройствами, повторяющимися воспоминаниями, фантазиями, представлениями о кризисной ситуации (особенно в дневное время). В некоторых случаях возможно драматическое поведение или вспышки агрессивности. Клинические проявления возникают обычно в течение месяца после стрессовой ситуации, а продолжительность симптоматики не превышает 6 месяцев.

К группе повышенного риска развития расстройств адаптации относятся лица с психическими и поведенческими расстройствами, с соматическими заболеваниями, ослабленные, подростки и пожилые, переживающие одновременно несколько очень значимых для личности психосоциальных стрессов.

В МКБ–10 выделены следующие клинические формы расстройств адаптации:

F43.20 кратковременная депрессивная реакция

Транзиторное мягкое депрессивное расстройство не превышающее 1 месяца по длительности.

F43.21 пролонгированная депрессивная реакция

Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся более 2 лет.

F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция

F43.23 с преобладанием нарушения других эмоций

Имеются проявления тревоги, депрессии, беспокойства, напряженности и гнева.

F43.24 с преобладанием нарушения поведения

В клинической картине преобладает агрессивное или диссоциальное поведение.

F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения

F43.28 другие специфические преобладающие симптомы.

В рубрику расстройств адаптации включены:

- культуральный шок
- госпитализм у детей
- реакция горя.

3.3.3.1. Реакция горя.

Примером клинической динамики адаптивного расстройства может служить реакция горя, последовавшая за смертью значимого человека. По данным статистики после смерти человека резко возрастает заболеваемость и смертность среди его близких родственников (от 40% и выше). Реакция на это событие возможна либо в виде *неосложненной реакции горя* либо в виде *реакции горя в рамках расстройств адаптации*.

В классификации DSM–3–R специально выделены V–коды для состояний, которые не относятся к психическим расстройствам, но могут являться предметом внимания и лечения психиатров, психотерапевтов и психологов. К этой группе расстройств относятся неосложненная реакция утраты (V–62.82), которая является нормальной реакцией на смерть близкого человека. Клинически она характеризуется депрессивными переживаниями, которые сопровождаются анорексией, бессонницей, снижением веса. При неосложненной реакции утраты может иметь место и чувство вины. Как правило, такая реакция на утрату соответствует культуральным представлениям о переживании горя. Пациенты редко обращаются за профессиональной помощью, а если приходят на консультацию, то в основном по поводу бессонницы и анорексии.

Неосложненная реакция утраты может возникнуть остро или быть пролонгированной (через два–три месяца). Некоторые авторы описывают и “печаль предвидения” — развитие реакции горя уже на этапе получения известия о фатальном заболевании близкого человека. Длительность неосложненной реакции утраты во многом определяется личностными характеристиками пациента, его окружением и социокультуральными традициями. Очень важно учитывать этнокультуральную специфичность реагирования на стрессовые ситуации. Так, смерть близкого человека сопровождается аутичными и депрессивными реакциями в по-

пуляции славянских народов и армян и демонстративно-экспрессивными — у таджиков (А.И.Кучинов, 1995).

Реакция горя в рамках расстройств адаптации является клинически оформленным психическим расстройством, приводящим к дезадаптации. Выделяют 8 этапов реакции горя, которые были выделены и описаны А.Г. Амбрумовой, (1983) и Г.В. Старшенбаумом (1994). Моделью послужила наиболее типичная ситуация горя — смерть любимого человека.

1 этап — с доминирующей эмоциональной дезорганизацией. Как правило, он длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается вспышкой негативных чувств — паники, гнева, отчаяния. В поведении преобладает аффективная дезорганизация с временным ослаблением волевого контроля.

2 этап — гиперактивности. Длительность 2–3 дня. В этот период человек чрезмерно деятелен, активен, склонен к постоянным разговорам о личности и делах умершего. В его психическом статусе доминирует эмоциональная лабильность с колебаниями настроения от дистимического с преобладанием тревожного компонента до эйфорического. Гораздо реже отмечается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. На данном этапе могут иметь место неадекватные поступки (уходы из дому, негативное отношение к родственникам и т.п.). П. Жане описал пример нестандартного поведения девочки, у которой умерла мать: она продолжала ухаживать за ней и вела себя так, как если бы мать была жива.

На этом этапе целесообразно постоянное присутствие кого-либо из близких, знающих покойного, которые могут поговорить о его добротности и вспомнить его положительные дела и поступки. Переживающего утрату необходимо побуждать к обсуждению его чувств и мыслей, позволять выплескивать свои эмоции.

3 этап — напряжения. Его длительность — около недели. В психическом статусе преобладает психофизическое напряжение, тревога. Внешне пациенты скованы, их лицо амимично, они молчаливы. Их состояние периодически прерывается суетливой активностью, спазмами в горле или судорожными вздохами. Часто они раздражаются при попытке

отвлечь их или переключить внимание на бытовые темы.

Психодинамически ориентированные психотерапевты трактуют поведение этих лиц на 2 и 3 этапе как отказ от внешнего мира, идентификацию с умершим и нежелание жить.

На этом этапе уже необходимо кризисное консультирование, целью которого является оказание помощи в проработке и выражении аффекта горя. Проюлема потери является центральной на данном этапе. При необходимости пациенту назначают транквилизаторы и снотворные.

4 этап — этап поиска, который протекает, как правило на второй неделе с момента утраты близкого человека. В психическом статусе доминирует дистимический фон настроения, потеря перспективы и жизненного смысла. Умерший воспринимается пациентом как живущий: он говорит о нем в настоящем времени, мысленно беседует с ним, иногда случайных прохожих воспринимает как усопшего. В этот период возможны иллюзии, гипногагические и гипнопомпические галлюцинации. Выделяют два варианта протекания четвертой стадии: тревожный и оппозиционный.

Тревожный вариант. У этих лиц в психическом статусе доминирует тревога, напряжение, озабоченность и преувеличение проблем, которые возникли в связи со смертью близкого человека. Многие пациенты фиксированы на своем здоровье и зачастую обнаруживают у себя проявления болезни, от которой скончался усопший.

Оппозиционный вариант. У пациентов преобладает раздражительность, обидчивость, чувство враждебности и напряжения к лечащим врачам и родственникам. Как правило, подобная реакция отмечается у лиц, психологически зависимых от умершего, с выраженной амбивалентной реакцией к нему при жизни: от любви до подавляемого чувства враждебности и агрессивности.

Личностный смысл тревожного варианта реагирования Г.В.Старшенбаум (1994) объясняет поиском утраченного лица в качестве защитника; оппозиционного варианта — поиском объекта идентификации со значимым другим с целью отреагирования подавляемых раньше враждебных эмоций.

Как правило, именно на этом этапе возникает необходимость в

консультации психиатра и при необходимости госпитализация в стационар. В зависимости от доминирующего в клинической картине психопатологического синдрома целесообразно назначение транквилизаторов бензодиазепинового ряда, трициклических антидепрессантов, снотворных. Однако психофармакотерапия является лишь трамплином к дальнейшей длительной и кропотливой психотерапии. Она не должна назначаться длительно во избежание развития зависимости. Уже на первых этапах пребывания пациента в стационаре необходимо провести его кризисное консультирование и осуществить необходимые меры интенсивной опеки. Для этого целесообразно предпринять следующие шаги (С. Блох, 1997):

1. Перенесение ответственности. Пациенту предлагают временно переложить решение всех проблем и ответственности на близких.
2. Организация решения неотложных задач (уход за детьми, решение вопросов о временной нетрудоспособности пациента и т.п.).
3. Удаление пациента из стрессогенного окружения. Сама по себе госпитализация уже является своеобразным удалением, но она оправдывает себя лишь в случае помещения пациента в специализированный кризисный стационар, где осуществляется профессиональная кризисная психотерапия.
4. Снижение уровня возбуждения и дистресса. Применяются психотерапевтическое вмешательство и фармакотерапия.
5. Установление доверительных отношений.
6. Проявление заботы и тепла, оживление надежды.

5 этап — отчаяния. Это период максимальных душевных мук, который развивается, как правило, на 3–6 неделе после потери значимого близкого. В психическом статусе пациентов доминируют жалобы на бессонницу, тревогу и страх, высказываются идеи самообвинения, собственной малоценности и вины. Пациенты испытывают одиночество, беспомощность, отмечают потерю смысла жизни и дальнейшей перспективы. В этот период они раздражительны, отказываются от общения с близкими, зачастую подвергая их критике. На высоте переживания очень

часто возникает загрудинная боль, сопровождаемая выраженной тревогой и беспокойством. Пациенты склонны причинять себе боль, наносить самоповреждения. В некоторых случаях они просят назначить им болезненные инъекции, готовы участвовать в различных психологических экспериментах, настроены на психокоррекционную работу. На этом этапе необходимо продолжать психофармакологическую терапию, адекватную психическому статусу пациента. Меры интенсивной опеки необходимо осуществлять постоянно. Психотерапевтическое вмешательство является первостепенным на этом этапе и должно быть направлено на оказание помощи в переживании, выражении и переработке аффекта горя и на решение проблемы изменений в жизни пациента.

6 этап — с элементами демобилизации. Этот этап наступает в случае неразрешения этапа отчаяния. В клинической картине у этих лиц преобладают невротические синдромы (чаще всего неврастенический и с преобладанием вегето–соматических нарушений), маскированные субдепрессии и депрессии. В этот период пациенты, как правило, малообщительны, сосредоточены на внутренних переживаниях, ими овладевает чувство безнадежности, ненужности, одиночества. Они избегают контактов с окружающими, формально беседуют с медицинским персоналом, отказываются от психотерапевтической помощи.

На этом этапе необходимость продолжения фармакотерапии очевидна. Помимо этого, уже на этом этапе целесообразно включать больных в кризисные группы, где пациенты, уже пережившие подобные ситуации, делятся своим опытом преодоления болезненных эмоций, оказывают поддержку и внимание, что положительно воздействует на пациентов и способствует более быстрому разрешению этапа демобилизации.

7 этап — разрешение. Как правило, длительность его ограничивается несколькими неделями. Пациент смиряется со случившимся, примиряется с этим и начинает возвращаться к докризисному состоянию. Мысли об утрате “живут в сердце”. А.С. Пушкин охарактеризовал это состояние “Печаль моя светла”.

На этом этапе возможно прекращение терапии транквилизаторами. При хронификации тревожных расстройств и не редуцировавшихся депрессивных расстройствах лечение антидепрессантами целесообразно

продолжить.

Психотерапевтические усилия должны быть направлены на решение проблем изменений (семейного положения, ролевых изменений на работе и в семье, межличностных проблем и т.п.), межличностных проблем. На этом этапе целесообразен тренинг релаксации и выработка тактики адаптации к изменившимся условиям бытия.

8 этап — рецидивирующий. В течение 1 года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивными расстройствами. Провоцирующими факторами, как правило, бывают определенные календарные даты, значимые для личности (день рождения умершего, Новый год и другие праздники, впервые отмечаемые без близкого человека и т.п.), нестандартные ситуации (успех или неудача), когда возникает потребность разделить радость или горе с близким человеком. Приступы горя могут возникать остро, на фоне кажущейся стабилизации состояния и могут завершаться суицидальными попытками, которые расцениваются окружающими как неадекватные.

В связи с описанными закономерностями протекания реакции горя поддерживающую психотерапию целесообразно проводить в течение года. Наиболее перспективно на этом этапе проведение поддерживающей психотерапии в посткризисных группах, работающих по принципу клуба для лиц, переживших кризисную ситуацию. Целесообразно проведение семейной психотерапии с участием членов семьи и близких людей.

Заканчивая главу, следует сказать, что клинически оформленные реакции и состояния, возникшие в результате кризисных ситуаций столь многогранны, что порою их с трудом можно рубрифицировать и втиснуть в прокрустово ложе классификации психических и поведенческих расстройств. Типы преодолевающего кризисные ситуации поведения также многовариантны и простираются от регрессивного (чаще всего алкогольно зависимого) поведения до героического.. Ярким примером последнего является борьба с многочисленными кризисными ситуациями и состояниями доктора медицинских наук, психолога Милтона Эриксона (1901–1980) — одного из выдающихся психотерапевтов уходящего столетия, учениками которого считали себя психотерапевты, создавшие “школу эриксоновского гипноза”, и авторы трудов по нейролингвистиче-

скому программированию.

Милтон Эриксон страдал врожденным отсутствием цветоощущения, дизлексией (нарушение процесса чтения) и не различал звуки по высоте, в связи с чем не мог воспроизвести даже самую простую мелодию. В 17 лет он заболел полиомиелитом. В своих “Обучающих историях” (1995) он писал об этом периоде :

“Понимаете, у меня было огромное преимущество перед другими. У меня был полиомиелит, я был полностью парализован, а воспаление было таким, что ощущения были тоже парализованы. Я мог двигать глазами и слышать. Мне было очень одиноко лежать в кровати, будучи не в состоянии двигаться, и только смотреть по сторонам. Я лежал в изоляции на ферме, где кроме меня были семь моих сестер, брат, двое родителей и сиделка. Что я мог сделать, чтобы хоть как-то развлечь себя? Я начал наблюдать за людьми и всем, что меня окружало. Я скоро узнал, что мои сестры могут говорить “нет”, имея в виду “да”. И они могли сказать “да”, подразумевая в то же самое время “нет”. Они могли предложить одну другой яблоко и взять его обратно. Я начал изучать невербальный язык и язык движений тела”.

Безнадежно больной Милтон Эриксон выздоровел благодаря разработанной им системе реабилитации, элементы которой в дальнейшем нашли свое отражение в его психотерапевтических подходах.

В 51 год его вновь настигла болезнь, в результате которой он был прикован к инвалидной коляске до конца своих дней: у него была парализована правая рука, он испытывал постоянные боли. Вопреки всем ограничениям, а во многом и благодаря именно им (в который раз жизнь предоставляла ему “огромное преимущество перед другими “ — быть тяжело больным), Милтон Эриксон стал признанным авторитетом в области групповой и краткосрочной терапии, гипноза и измененных состояний сознания. Он является автором многочисленных научных трудов, председателем многих научных обществ, учителем Олдоса Хаксли, Ричарда Бэнделера, Джона Гриндера, Маргарет Мид... Прикованный к инвалидной коляске, он рассказывал свои обучающие истории пациентам, помогая им

найти способы решения возникших проблем, зачастую вызванных кризисными ситуациями.

За день до смерти (в пятницу) он закончил недельный цикл занятий, оставил автографы на двенадцати книгах, попрощался со слушателями. В субботу он чувствовал себя немного уставшим. Рано утром в воскресенье у него внезапно остановилось дыхание. Он прожил 78 лет. В последний путь его провожали жена, четверо сыновей, четверо дочерей, внуки, правнуки и многочисленные ученики.

Глава 4. Техногенные катастрофы и жизненный путь личности.

Мы привыкли измерять тяжести потери тех, кто вместе с нами шел и трудился, мерой достигнутого ими, сделанного, завершенного. И это верно. Но верно и обратное: измерять тем, что осталось неосуществленным.

Варшава Б.Е., Выготский Л.С.

Кризисные ситуации, переживаемые человеком, во многих случаях не только потенцируют развитие психических и поведенческих расстройств, но и изменяют жизненный путь и личностную перспективу, а также деформируют картину жизни человека. Этот сценарий развития особенно характерен для социально детерминированных и внезапно возникших стрессовых ситуаций исторического масштаба.

Для психиатрии эта проблема в последнее десятилетие приобрела особую актуальность. Все чаще пациентами психиатрических и психосоматических стационаров становятся лица, пережившие техногенные катастрофы. Основываясь на данных статистики и анализируя динамику нарастания психических и поведенческих расстройств в этой популяции, следует ожидать дальнейшего увеличения этой категории пациентов.

Ярким примером техногенной катастрофы является Чернобыльская авария. Авария на ЧАЭС явилась массовой катастрофой, ее ликвидаторы попали в эпицентр событий, в полной мере не оценивая последствий радиационного излучения для собственного здоровья. Авария на ЧАЭС — это историческое событие, которое стало для ее ликвидаторов и лиц, вовлеченных в эти события, биографическим и повлияло на их дальнейшую судьбу и мировосприятие.

Психиатрическая статистика неумолимо констатирует ежегодный рост психических и поведенческих расстройств у этого контингента населения. Так, спустя 10 лет с момента аварии психическое состояние

у 68,95% ликвидаторов соответствовало посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), у 42,5% имели место интеллектуально-мнестические нарушения. Нервно-психические расстройства носили затяжной, хронический характер, отмечалась значительная резистентность к терапии, у каждого третьего ликвидатора был выявлен хронический алкоголизм, 10% среди умерших завершили жизнь суицидом (В. А. Рудницкий и соавт., 1995; Н. С. Седина, В. И. Осетрова, 1995; И. Р. Семин и соавт., 1995; В. В. Архипов, 1996; Г. Я. Пилягина, 1998).

Помимо этого, алгические расстройства с преимущественно головными болями отмечались у 87,7% ликвидаторов, оссалгии — у 74,4%. В подавляющем большинстве случаев имели место многочисленные сопутствующие психосоматические заболевания (вегето-сосудистая дистония, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, нейродермиты, склонность к частым ОРЗ).

Долгосрочное исследование 7-тысячной популяции лиц, проживающих в течение этого времени на территориях, загрязненных в результате аварии, выявило, что в течение десятилетия уровень невротических и психосоматических расстройств остается стабильно более высоким, чем среди других групп населения на так называемых “чистых” территориях. И если в первые годы в клинической картине невротического синдрома доминировала тревога, то спустя 10 лет в психическом статусе преобладали эмоции подавленности и апатии, что свидетельствует о “хронификации стресса” и включении невротических механизмов психологической защиты, особенностью которых является ориентировка на фатальную оценку ситуации (Г.М.Румянцева, А.В.Грушков, М.О.Лебедева с соавт., 1995).

Психотравмирующий эффект Чернобыльской катастрофы является не столько последствием самого взрыва, сколько связан с его последствиями, направленными в будущее. По мнению многих исследователей, уже в ближайшем будущем психологические последствия катастрофы могут затмить ее прямое биологическое действие (Й.М.Хавенар с соавт., 1993; В. Н. Краснов с соавт., 1993; Ю.А. Александровский, 1997).

4.1. Психологический портрет ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС (по данным экспериментально–психологических исследований).

Для изучения отдаленных психологических последствий техногенных катастроф в 1996 году нами было проведено психолого–психиатрическое исследование 44 ликвидаторов в возрасте 30–46 лет (средний возраст 39 лет), которые находились на лечении в психосоматическом стационаре.

Среди обследуемых пациентов никто не страдал фатальными заболеваниями, 18,2% лиц были инвалидами 3 группы по совокупности соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, энцефалопатия). У 15,9% больных была диагностирована неврастения, у 20,45% — тревожно–фобические расстройства, у 22,7% — соматоформные расстройства, у 41% — аффективные расстройства настроения.

Особого внимания заслуживает тот факт, что подавляющее большинство пациентов были ориентированы на фатальную оценку ситуации. Около 40% исследованных спустя 10 лет после аварии не видели своего будущего, они говорили о смерти как о позитивном событии, которое принесет им “облегчение и разрешит все жизненные проблемы”.

Отношение к пережитому стресс–событию исторического масштаба заслуживает глубокого и всестороннего изучения, ибо оно позволяет выявить различные деформации картины жизни, включая и ее временную ориентацию, которые оказывают негативное влияние на их психическое состояние, психологическую реализацию времени жизни и жизненный путь. Диагностика этих особенностей позволит оказать своевременную психокоррекционную и психотерапевтическую помощь пострадавшим (Е.И. Головаха, А.А. Кроник, 1984).

Исследуя динамику отношения человека к стрессогенному событию, А.А. Кроник и Р.А. Ахмеров (1993) выделили шесть основных стадий отношения к стрессу:

1. Восприятие локального факта.
2. Ожидание возможных последствий.

3. Осознание отдельных происшедших последствий
4. Чувство, что последствия стрессогенного события исчерпаны.
5. Обесценивания последствий.
6. Обесценивание факта.

Кроме этого, наиболее значимые для личности стресс–события сопровождаются специфическими формами переживания времени, его восприятия и формирования временной структуры поведения. Проблема “бытия во времени” всегда привлекала внимание исследователей в области психиатрии и психологии. Она является центральной темой экзистенциальной философии и психотерапии. С. Кьеркегорн, Э. Гуссерль, М. Хайдеггер. Ж.–П. Сартр убедительно показали, что время личности является внутренним организующим фактором, определяющим ее жизненный путь.

4.1.1. Психологическое время личности.

Для изучения феномена психологического времени личности ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС были обследованы методами биографического исследования (методики “Структура временных представлений личности” и “Автопортрет психологический”), позволяющими проанализировать такие параметры, как оценка человеком своей жизни, роль прошлого в формировании его личностных особенностей, размышление о настоящем и построение прогнозов на будущее.

Масштаб психологического времени личности велик и включает в себя ситуативный, биографический и исторический векторы, которые взаимосвязаны и взаимообусловлены. Наиболее значимые ситуации, с которыми сталкивается личность, определяют дальнейшее содержание ее жизни и взаимоотношения с прошлым и будущим.

Методика описания структуры временных представлений личности позволяет активизировать процесс осмысления человеком своего жизненного пути, стимулируя размышления о личном прошлом, настоящем и будущем.

Суть методики заключалась в том, что испытуемому предлагалось с помощью трех кругов изобразить на бумаге свои представления о времени. Круги обозначают прошлое, настоящее и будущее. В инструкции говорится, что круги необходимо расположить так, чтобы они выражали

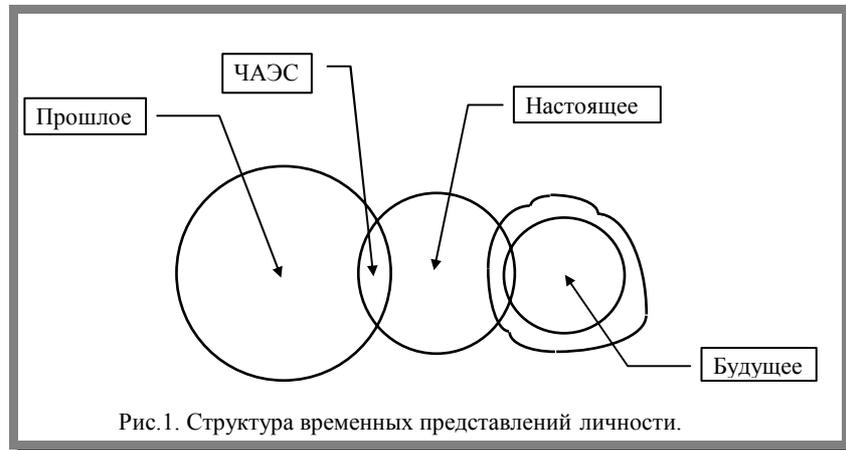
переживания, взаимосвязи личного прошлого, настоящего и будущего. Этот метод можно определить как проективный, позволяющий судить о роли каждого периода жизни как отраженного в сознании воспоминания о причинно–целевой связи между всеми отрезками прошлого и настоящего, и влияние этих событий на формирование представлений о будущем. По мере выполнения заданий испытуемый пояснял почему он именно так рисует круги, давая при этом дополнительную информацию о своей жизни. Беседа строилась так, чтобы уточнить историю деятельности людей, отношений, коммуникаций и историю внутренней жизни в прошлом, настоящем и предполагаемом будущем (Е.И. Головаха, А.А. Кроник, 1984; С.И. Макаров, Л.А. Сухинская, Э.А. Татаревский, 1991; Т.У. Cottle, 1976).

Анализ полученных результатов тестирования, изображенный графически на рис. 1, позволил констатировать, что практически у всех испытуемых прошлое представлялось как более значительный период их жизни. Пребывание в зоне ЧАЭС во время ликвидации не расценивалось как нечто трагичное потому, что в то время почти никто не был осведомлен о возможных последствиях аварии. Скорее напротив, возникало чувство гордости и ответственности за то, что в мирное время совершался подвиг во имя общества, в котором человек живет. Прошлое вспоминается с позитивными эмоциями, с гордостью за то, что человек оказался полезен обществу.

Ухудшение здоровья, изменение социальных отношений, чувство неполноценности, беспомощности, материальные трудности в настоящем способствовали нарастанию либо раздражительности, агрессивности, либо безразличию ко всему происходящему вокруг. Будущее приобретало негативную окраску, испытуемые не видели выхода из сложившейся ситуации. Будущее виделось им мало перспективным периодом жизни, зачастую размытым и неопределенным (рис.1). Цели, которые ставил человек перед собой, в первую очередь были направлены на выздоровление. Происходят изменения в иерархии потребностей и в мотивационной сфере: потребности в безопасности, чувстве защищенности от жизненных неудач, чрезмерная озабоченность своим здоровьем преобладают над

потребностями самоактуализации и реализации своих способностей, то есть потребностью в личностном росте.

Все испытуемые отмечали изменение своих характерологических особенностей и критически относились к появлению таких личностных черт, как раздражительность, вспыльчивость, конфликтность. При этом они понимали, что это неприятно ближайшему окружению и негативно сказывается на отношениях в семье, в трудовом коллективе, но не могли сдерживать свои негативные эмоции. Все отмечали тесную связь между



пребыванием в зоне ЧАЭС и изменениями в физическом и психическом статусе.

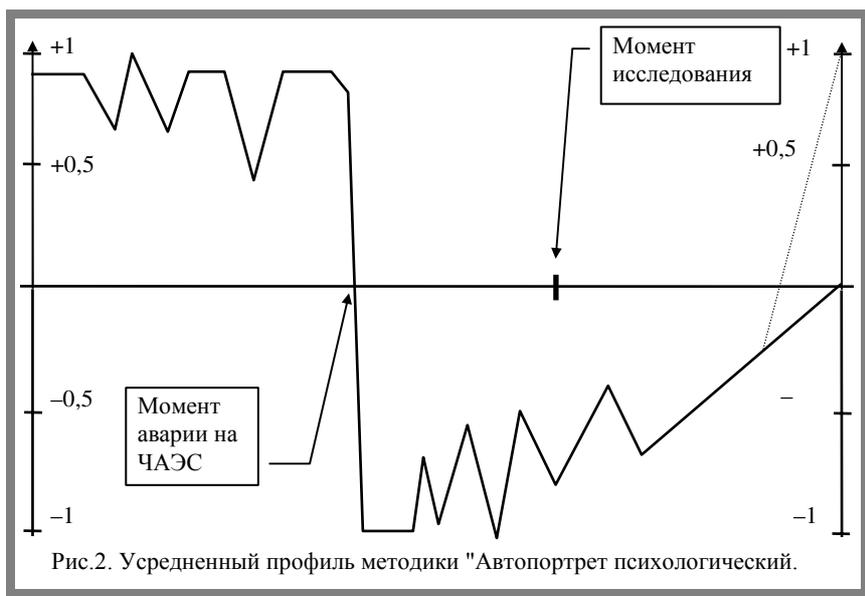
После того как испытуемые мысленно прошли по этапам своей жизни, им предлагалось продолжить более углубленный анализ своего жизненного пути. Жизненный путь человека — это наиболее широкое общенаучное понятие, описывающее динамику индивидуального развития человека от рождения до смерти.

С помощью метода **“Автопортрет психологический”**, описанного П. Ржичаном в 1983 г., были получены дополнительные сведения о жизни больного, воссоздана целостная картина жизненного пути, проанализированы особенности самооценки их жизненной ретроспективы.

Испытуемому предлагается начертить горизонтальный отрезок прямой, крайние точки которой — рождение и завершение жизни. После этого он выбирал промежуточную точку, обозначающую настоящий момент времени таким образом, чтобы отношение возникших отрезков отвечало ожидаемому отношению между продолжительностью предшествующей и оставшейся жизнью. На отрезках, представляющих прожитую жизнь, отмечались наиболее важные события, влияющие на ее ход (они могут быть как позитивные, так и негативные). Испытуемый также отмечает и наиболее важные события, ожидаемые с надеждой или опасением. Затем каждое из отмеченных событий оценивается по степени удовлетворенности жизнью на шкале от минус 1 до плюс 1. Соединив точки, отмеченные по степени удовлетворенности данными событиями жизни, анализируется кривая удовлетворенности жизнью у испытуемого.

Если человек сам не определяет пребывание в зоне ЧАЭС как событие в его жизни, то по окончании построения "автопортрета" ему предлагается определить какое место на графике занимает этот период в его жизни и к каким последствиям он привел.

Данные, которые были получены при проведении методики "автопортрет психологический" (рис. 2), подтвердили гипотезу о том, что факт участия в ликвидации аварии на ЧАЭС стал как бы отправной точкой при изменении не только физического здоровья ликвидаторов, но и началом их личностных изменений. Если до ухудшения здоровья жизнь воспринималась ими преимущественно позитивно, то после возвращения из зоны ЧАЭС происходит резкий скачок вниз, и график меняет свои координаты с позитивных на негативные. Причем, испытуемые оценивают остаток своей жизни как циклы, включающие ухудшение здоровья и нормализацию состояния, при этом практически никто из них не верит в свое выздоровление.



растных этапах, пришел к выводу, что в норме 20-летние люди указывают втрое больший диапазон будущего по сравнению с прошлым, тогда как в более зрелом возрасте это соотношение уравнивается. Полученные результаты у ликвидаторов свидетельствуют об опустошенности и бесперспективности их будущего. Они считают период прожитой жизни вдвое большим, чем тот период, который им остался прожить. Конструктивных планов на будущее испытуемые не строят, а жизнь видится им как существование по "накатанной колее", где уже не может быть ни личностного роста, ни достижения более высокого служебного положения. При оценке планов на будущее упор делается лишь на то, что нужно вырастить детей, дать им образование и уберечь от такой же участи, которая постигла их.

4.1.2. Личностные изменения (по данным MMPI и ТАТ).

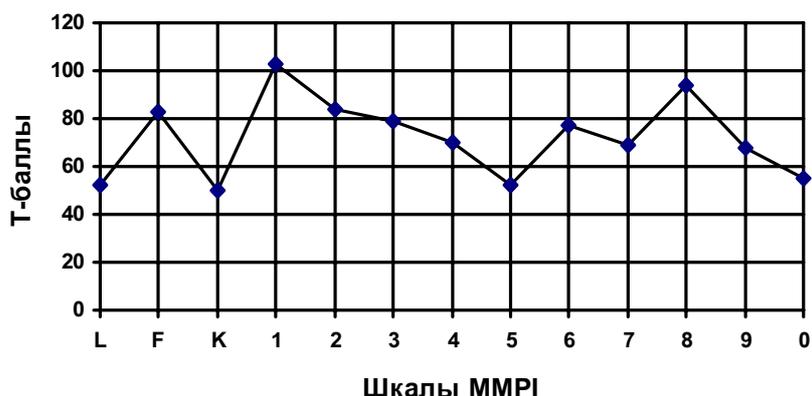
С целью более углубленного выявления анализа личностных изменений ликвидаторы были обследованы методом многопрофильного

исследования личности (ММРІ), тематическим апперцепционным тестом (ТАТ).

Результаты, полученные при помощи опросника **ММРІ**, выявили своеобразную личностную структуру исследуемых. Код профиля: 1** 82” 364’ 79– 05/F”LK/, его конфигурация (рис.3), сочетание высоких показателей по 1 и 2 шкалам характерны для стареющих мужчин (Л.Н. Собчик, 1990). Более того, усредненные профили 1 группы исследуемых (30–39 лет) и 2 группы (40–46 лет) оказались идентичными. Анализ достоверности различий выборок при помощи Т–критерия Стьюдента отверг гипотезу о том, что есть различия в структуре личности, связанные с возрастом.

Из всех анализируемых личностных профилей 86% были высокорасположены, имели равнозначные психотический и невротический наклоны. Ведущими пиками профиля являлись 1 и 2 шкалы невротической триады. Высокие показатели по 1 шкале (103 Т–балла) указывают на ипохондрическую симптоматику. При этом ипохондричность усугубляется и приобретает характер сенестопатий, т.к. пику 1 шкалы сопутствует пик на 8 шкале (94 Т–балла). Сочетание пиков 1,2,3 указывает на присутствие механизма защиты по типу “бегства в болезнь”, при этом болезнь выступает еще и как ширма, маскирующая стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, являясь как бы единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности. Подъем по 1 шкале сопутствует психосоматической предрасположенности, а в данном профиле, который представляется в виде “зубчатой пилы” ипохондрия выступает основной составляющей в структуре “ язвенного типа личности” и отражает на психологическом уровне гастроэнтерологические проблемы, которые характерны (согласно анамнезу) для всех испытуемых.

Рис. 1. Усредненный профиль личности по данным методики ММРІ



Высокие показатели по 2 шкале связаны с ситуацией резкого разочарования после болезни или пережитых неудач, нарушающих обычный ход жизни и перспективные в прошлом планы человека. Данный профиль характеризует определенное состояние испытуемых, соответствующее депрессивным реакциям в рамках адаптационного синдрома. Подъем по второй шкале, сочетающийся с пиком на 1 и повышением по 3 шкалам, выявляет не только пониженное настроение в связи с соматическими проблемами, но и личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, волнению, неуверенности в себе, повышенной тревожности за свое состояние здоровья, избыточной драматизации происходящих перемен в себе и в окружающем мире.

В ситуации стресса лицам с высокой 3 шкалой в профиле свойственны выраженные вегетативные реакции, тревога, функциональные нарушения, вытеснение из сознания той негативной информации, которая является конфликтогенной и наносит урон репутации личности и субъективному образу собственного "Я". Эти расстройства, дополняя друг друга, создают почву для психосоматических заболеваний.

Высокие показатели по 4 и 6 шкалам указывают на взрывчатый тип реагирования, свойственный профилю психопатических личностей возбудимого круга с тенденцией к неконтролируемым агрессивным реакциям, образованию сверхценных идей, определяя тип реагирования и поведенческие реакции. Сочетание этих характеристик с чрезмерно высокими показателями по 8 шкале (94 Т-баллов), указывает на склонность к раздумьям, преобладающим над чувствами и действенной активностью. Ситуация, субъективно воспринимаемая испытуемыми как стресс, вызывает состояние растерянности и тревоги. Преобладающими защитными механизмами является интеллектуальная переработка, уход в болезнь, в мир мечты и фантазии.

Конфигурация профиля и показатели по 4, 8 и 9 шкалам отражают эмоционально-личностный паттерн психопатической личности экспансивно-шизоидного типа, что является свидетельством выраженной социальной дезадаптации с антисоциальной направленностью интересов и поведения. У личностей данного типа, как правило, имеется сложившееся убеждение в несправедливости и враждебности по отношению к ним окружающих, выявляется фиксация на своем соматическом и эмоциональном состоянии.

Имеет место тенденция к противодействию всему инородному, чуждому, что вторгается как в духовный, так и в физиологический мир пациента. Состояние дезадаптации, отражающееся в профиле повышением 7 шкалы, характеризуется нарушениями сна, навязчивыми страхами, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды. В структуре невротической симптоматики выявляется свободно-плавающая тревога, тревожная депрессия с ипохондрическими включениями, придающими ей своеобразную окраску. Повышение профиля по 1 шкале выявляет усиление невротического самоконтроля и соматизацию тревоги, что сопровождается снижением фона настроения. (Л.Н.Собчик, 1988).

Низкий, по сравнению с другими шкалами, балл по 4 шкале выявляет ослабление поисковой активности в ситуации стресса. Защитный механизм личности от избыточной тревоги является тенденцией к рационализации психологического конфликта. Уровень нулевой шкалы отра-

жает снижение социальной активности, некоторую замкнутость, уход в мир своих переживаний и потерю душевного равновесия. В обществе они легко тушуются, чувствуют скованность, нервничают, легко теряются.

Данный контингент пациентов предъявляет повышенные требования к среде, для них особенно важна щадящая социальная ниша, щадящий подход. Все проблемы, в основном, решаются “уходом в болезнь“. Общество, по их мнению, должно освободить их от ответственности и предоставить льготы. Большинство испытуемых не верит в свое выздоровление, позитивные и негативные периоды в своей жизни связывают только с колебаниями в состоянии своего здоровья.

Структура профиля личности ММРІ позволяет говорить об устойчивейшей структуре отношений испытуемых к сложившейся ситуации, о хронически протекающей психической дезадаптации, о состоянии общего стресса, в котором задействованы различные защитные механизмы и напряжены множественные компенсаторные функции психической деятельности, направленные на нивелировку дезадаптации.

Следует отметить так же, что у ликвидаторов выявлены личностные черты, присущие лицам пожилого возраста: догматизм, инертность мышления, ригидность, выраженная осторожность в межличностных контактах, дидактичность и назидательность тона.

Анализ методом ТАТ показал, что прошлое занимает очень большое место в жизни ликвидаторов. Они его расценивают как наиболее значимый период своей жизни (его описание присутствует в 55,3% случаев). Все испытуемые расценивают свое участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС как важное событие в жизни, которое повлияло на их дальнейшую судьбу. Испытуемые отмечали, что за 10 лет их здоровье значительно ухудшилось, частые болезни разрушили привычный уклад их жизни и способствовали нарушению социальных связей, приводя к дезадаптации в семье (вплоть до ее распада) и на работе (снижение или утрата профессиональных навыков, инвалидизация). И если в первые годы после аварии эти люди испытывали сильную тревогу за свое здоровье и будущее, то спустя 10 лет в их психическом статусе доминирует астения, депрессия, апатия.

Большинство исследуемых не представляют своего будущего (в 41,6% случаев будущее в рассказах отсутствует и в 26,8% — присутствует условно). Пониженный фон настроения наблюдается у 70% испытуемых, лабильный — у 17,4%, ровный — только у 12,6%.

В результате исследования у ликвидаторов был выявлен катастрофический уровень конфликтности (68,4%), причем 42,6% из них приходится на внешние конфликты, на втором месте конфликты, вызванные крушением надежд (11,1%). Обращает на себя внимание, что в 39% случаев конфликты локализованы в социальной, а в 21,1% — в семейной сферах и носят внешний характер. При этом каждый второй из них воспринимается с агрессивной позиции, то есть человек склонен к восприятию мира и окружающих его людей как враждебно настроенных против него. Тема убийства звучит в 74% рассказов, что также подтверждает агрессивную позицию исследуемых. Если соотнести эти данные с тем, что у больных выявлено отсутствие умения конструктивно планировать свое будущее и нарушение интеллектуального контроля, то налицо все предпосылки для формирования невротических механизмов психологической защиты.

Наряду с этим, значительное место в переживаниях больных занимают темы болезни и смерти (68,4% случаев). Пациенты относятся к смерти спокойно, без страха. Некоторые видят в ней облегчение и говорят о ней, как о чем-то обыденном. На этом фоне настораживает суицидальная готовность этих лиц: тема самоубийства звучит в 21,1% случаев. Думая о выходе из сложившейся ситуации, каждый четвертый видит его в суициде, а 32,3% — ощущают бессмысленность окружающего мира. Вместе с тем у 26,3% обследуемых выявлено большое количество страхов, среди которых беспокойство за свою жизнь превалирует. Окружающий мир представляется им угрожающим, враждебным, разрушающимся, под обломками которого можно погибнуть. Ярким примером такого мировосприятия является следующее описание картины из теста:

Больной Г., 39 лет. В 1986 г. был ликвидатором аварии на ЧАЭС. Неоднократно лечился в психосоматическом отделении с диагнозом неврастения.

“Белые пятна — белая смерть появляется. Темнота. Может ядерную бомбу кто кинул. Люди, которые все бегают и бегают. Хусейн бомбу кинул, и они бегают в чем родились. Было: перестреляли всех, убили к черту, как во Вьетнаме. Будет: темный лес будет. Если там оно все горит, то ничего хорошего не будет: темные, сгоревшие леса, как в Чечне, Нефтекамске. Их бомбили, бомбили, а жители убегали. Как в Чернобыле. Темные–темные леса.”

Каковы же способы преодоления трудных ситуаций у пациентов помимо суицида? Интерпретация данных ТАТ позволяет констатировать, что в подавляющем большинстве случаев испытуемые не всегда смогут продуктивным путем преодолевать трудности и достигать успеха, планировать свои действия и ставить осознанные цели, а также получать желаемые результаты (полная логическая цепочка детерминант поведения личности в профессиональной сфере присутствует только у 21,1%).

Общее душевное состояние у исследуемых ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы спустя 10 лет после аварии характеризуется ипохондричностью, усталостью, потребностью в отдыхе, желанием достичь личного и социального благополучия, одиночеством. Вместе с тем, у них выявлена завышенная самооценка, эгоцентризм со стремлением к лидерству, несоответствие между уровнем притязания и реальными возможностями, завышен индекс агрессивности и проекции. Практически у всех имеют место невротические механизмы психологической защиты, среди которых доминируют механизмы вытеснения, рационализации, проекции и “бегства в болезнь”. Выявлены также явные признаки кризиса середины жизни: нереализованность, опустошенность, бесперспективность.

В сконструированном на основании полученных клинических и психологических данных психологическом портрете ликвидатора техногенной катастрофы особую тревогу вызывает то, что 68,4% среди них не видят своего будущего, и их психологический возраст гораздо старше паспортного. А ведь средний возраст обследуемых 39 лет! Проведенные нейрофизиологические и нейропсихологические исследования аналогичного контингента испытуемых также выявили, что функциональный возраст ЦНС гораздо старше биологического (А.Г. Нощенко, К.Н. Логанов-

ский, 1994). Этот феномен чрезвычайно интересен и практически не освещен в литературе.

Резюмируя данные комплексных клинико–психологических исследований, наряду с известными и многократно описанными клиническими и личностными характеристиками ликвидаторов техногенной катастрофы выявлен ряд новых и ранее не освещенных в литературе психологических феноменов.

- События, связанные с аварией на ЧАЭС, спустя 10 лет остаются самыми актуальными в жизни ликвидаторов аварии, а у большинства исследуемых они происходят в психологическом времени “сейчас”.
- Временная ориентация личности после пережитой техногенной катастрофы искажена: деформирована длительность временных интервалов, психологическое прошлое трансформировалось в психологическое настоящее и занимает слишком большое место в жизни.
- У всех исследуемых выявлена деформация картины жизни и изменение жизненной перспективы. У них сужены “горизонт бытия” и зона психологического будущего, психологический возраст ликвидаторов гораздо старше биологического.
- Будущее для ликвидаторов становится неопределенным, теряет свои четкие очертания; в ряде случаев перспектива будущего разворачивается в оскудевшем виде, не соответствует преморбидно сложившимся планам и ожиданиям. В этом состоит одно из наиболее драматических для заболевшего противоречий новой жизненной реальности.
- Выход из сложившейся ситуации каждый четвертый из обследованных видит в суициде, каждый третий не видит смысла жизни, а 40% ликвидаторов аварии на ЧАЭС оценивали свою смерть как позитивное событие, которое принесет облегчение и разрешит их жизненные проблемы.
- Психолого–психиатрический анализ показал, что у ликвидаторов имеют место признаки кризиса середины жизни: нереализованность, опустошенность, бесперспективность.

- На второй стадии отношения к стресс–событию (ожидание возможных последствий аварии в виде болезней и смерти) находится 50% исследуемых, на третьей (осознание отдельных происшедших последствий) — 25% и лишь 25% на четвертой (чувство, что последствия аварии исчерпаны). Среди исследованных нами больных не было выявлено лиц, переживающих пятую или шестую стадии отношений к стрессу, то есть не было лиц, для которых факт участия в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС утратил актуальность, обесценился и не играл бы существенной роли в жизни.

Выявленные расстройства и психологические проблемы указывают на необходимость долгосрочной психокоррекционной и психотерапевтической работы с лицами, пережившими техногенные катастрофы не только традиционными методами, достаточно полно освещенными в многочисленных исследованиях, посвященных этой проблеме, но и методами, направленными на коррекцию временной перспективы личности и ее жизненного пути.

4.2. Особенности психокоррекционной работы с лицами, пережившими техногенные катастрофы.

Социальные последствия болезни, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека, переход на инвалидность, в связи со снижением уровня трудоспособности, длительное стационарное лечение, меняющее привычное социальное окружение, изменяет весь психический облик пациента и его временную ориентацию. Изменение эскиза будущего — одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающейся в условиях болезни, социальной ситуации развития. Поэтому, для проведения успешной реабилитационной работы с пациентами, пережившими техногенные катастрофы, психокоррекция и психотерапия их временной и жизненной перспективы является первостепенной задачей.

Каждая психотерапевтическая школа ориентирована на определенную временную модальность и отдает предпочтение либо прошлому, либо настоящему, либо будущему пациента. Психоаналитически ориен-

тированные терапевты ищут корни психических и поведенческих расстройств в прошлом клиента и экстраполируют проблемы детства на настоящее. Психотерапевты экзистенциально–гуманистического направления работают в модальности настоящего. Особенно ярко это выражено в гештальттерапии и групповой терапии, где пациента учат осознавать свои чувства и действовать “Здесь и сейчас”. Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего (F.T.Melges, 1982), ищет корни психических и поведенческих расстройств в прошлом клиента и экстраполирует проблемы детства на настоящее.

Укороченная и бессвязная будущая временная перспектива ликвидаторов аварии на ЧАЭС, чрезмерная насыщенность их прошлого психологическими травмами, не потерявшими своей актуальности и в настоящем, делает более перспективной психотерапевтическую работу с настоящим и будущим личности, чем “погружение” в ее прошлое.

Автор концепции реконструкции будущего американский психотерапевт Фредерик Мелдженс выдвинул гипотезу, противоположную утверждениям психоаналитиков. Он говорил, что “будущее влияет на настоящее” и разработал “психотерапию, ориентированную на реконструкцию будущего” (ПОРБ). Анализируя особенности этой терапии, В.С. Хомик (1993) отмечает, что ПОРБ наиболее перспективна для” выработки у пациентов подлинной идентичности, что позволяет им овладеть набором конструктов о собственном “Я”, служащих надежным проводником в будущее, а также стать менее уязвимым перед напором травматических отголосков прошлого”.

Показаниями к применению ПОРБ являются :

- заниженная самооценка
- недостаточно прочное чувство собственной идентичности личности или кризис идентичности
- невротические состояния
- наличие психопатических черт (при хорошей мотивированности пациентов)
- зависимое поведение
- искажение будущей временной перспективы
- наличие в прошлом выраженных психотравмирующих ситуаций, переживаемых человеком в “психологическом настоящем”

- кризисы жизненных периодов (особенно середины жизни).

ПОРП базируется преимущественно на принципах футурирования и временной организации. Самофутурирование — это процесс визуализации будущих возможностей и перенесение ожидаемых картин будущего в психологическое настоящее пациента, что позволяет ему делать выбор относительно становления собственного "Я". Естественно, что наиболее продуктивна работа с пациентами, легко визуализирующими образы.

Коррекция временной организации осуществляется посредством следующих приемов:

1. Обратная связь.
2. Соединение образов с прошлым
3. Использование наличных факторов среды для напоминания об образах будущего
4. Репетиции будущего (относительно близкого и отдаленного).

Репетиции будущего могут осуществляться посредством составления будущей автобиографии, ролевых игр времен, психодрамой будущего. ПОРП может комбинироваться также с семейной и групповой терапией.

Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего, перспективна для коррекции не только временной деформации личности, но и при кризисах середины жизни (особенно при ощущении бесперспективности и опустошенности), которые были отмечены практически у всех ликвидаторов аварии на ЧАЭС.

В заключении необходимо отметить, что в данной главе мы сделали акцент на специфических особенностях жизненной перспективы и временной ориентации ликвидаторов аварии на ЧАЭС и их коррекции. Естественно, что их коррекция и терапия не могут ограничиваться только психотерапией, ориентированной на реконструкцию будущего. Необходим весь комплекс психофармакологических и психотерапевтических долгосрочных программ. Естественно, также, что проблемы ликвидаторов не ограничиваются только деформацией жизненной и временной перспективы: они гораздо глубже и драматичнее. Их невозможно решать без знания основ суицидологии и танатологии, которые будут изложены в последующих главах.

Глава 5. Суицидология.

Для обычного человека суицид является слишком ужасным и бессмысленным событием, чтобы он мог его понять. Против него никогда не проводилось широких общественных компаний... К нему никогда не проявлялось организованного общественного интереса. ...Хотя во многих случаях его можно было бы предотвратить с помощью кого-то из нас.

Карл Меннингер.

С каждым годом проблема самоубийств приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации.

Так, в США еще несколько десятилетий назад “суицид” занимал 22 место в списке причин смерти, сейчас эта причина занимает 9-е место, а в некоторых штатах 6. В конце 19 века Россия занимала последнее место по уровню самоубийств среди европейских стран — в ней совершалось 3 самоубийства на 100 тысяч населения (А.М. Коровин, 1916), в 1988г. — 19 на 100 тыс. населения. Сегодня она входит в число стран с очень высоким числом суицидов. В Украине смертность от травматизма и самоубийств в настоящее время занимает 2 место после сердечно-сосудистой патологии.

В СССР междисциплинарные исследования в области суицидологии были прекращены вскоре после революции 1917 года, ибо считалось, что при социализме отсутствуют социальные предпосылки для совершения самоубийств. В начале 30-х годов был ликвидирован сектор социальных аномалий при Центральном статистическом управлении, и изучение проблем суицидологии всецело передали психиатрам с рекомендацией рассматривать суицидальное поведение в рамках психической патологии.

Психиатрия вернулась к концепции самоубийств, которую выдвигали

нул французский психиатр 18 века Эскироль, жестко связывающий самоубийства с психической патологией. Этот подход долгие десятилетия доминировал в советской психиатрии, где все суициденты подлежали обязательному направлению в психиатрические стационары для диагностики их психического состояния и лечения. В рамках этой концепции самоубийства у лиц без предшествующих психических расстройств рассматривались, как “дебют” болезни или “нереализованный психоз”.

Лишь в 70–годы суицидология начала вычленяться в отдельное направление. Был создан Всесоюзный научно–методический суицидологический центр. С этого времени в советской психиатрии началась постепенная смена взглядов на причины суицидального поведения. Согласно концепции А.Г. Амбрумовой (1974), самоубийство стали рассматривать как следствие социально–психологической дезадаптации (или кризиса) личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов.

Мысль о взаимосвязи суицида и социальных причин впервые была высказана “отцом суицидологии”, профессором социологии Э. Дюркгеймом (1912), который отмечал, что “число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции религиозного, семейного и политического общества”. Но в отличие от его концепции, отечественные суицидологи представляли самоубийство как один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации. Согласно этой точке зрения, суицидальный конфликт и самоубийство могут быть вызваны реальными причинами (у здоровых лиц) или являться результатом психического заболевания.

Популярный на Западе психоаналитический подход к пониманию самоубийства (взаимосвязь между инстинктом жизни и инстинктом смерти, либидозно направленный на себя гнев с аутоагрессией, концепция эротических конверсий и т.п.) практически не развивался в советской суицидологии, о нем стали активно писать лишь в последние годы.

Таким образом, в 70–80 годах в советской психиатрии произошел коренной концептуальный поворот от сугубо биологического и патопсихологического объяснения причин суицида к личностному и социально–психологическому. К сожалению, сегодня суициды становятся наиболее актуальной и трагической проблемой нашего общества, катастрофически

возрастает количество суицидов среди психически здоровых лиц, которые суицидологами выделены в класс непатологических ситуационных реакций, а некоторые авторы даже расценивают суицид у этих лиц, как одну из “адаптивных форм поведения” в кризисной ситуации (А.С. Татевосян, 1996).

5.1 Социально–демографические факторы суицидального риска.

5.1.1 Заболеваемость и распространенность.

Каждую минуту в мире предпринимается суицидальная попытка. 60–70 раз в день она заканчивается смертельно. Различие в частоте суицидов по всему миру достигает 153 раза и колеблется от 0,1 на 100 тыс. населения в Кувейте до 45,9 в Венгрии. Низкое число суицидов (ниже 10 на 100 тыс. населения) отмечается на Мальте, в Египте, Мексике, Греции, Испании, Италии, Ирландии и Нидерландах. Очень высокое (более 25 на 100 тыс. населения) — в Австрии, Скандинавии, Финляндии, Швейцарии, Германии, странах Восточной Европы, некоторых странах СНГ (в том числе Украине и России) и Японии. В России показатель самоубийств в 1995 г. составил 41,4 на 100 тысяч населения. В ряде регионов России (Республика Коми и Удмуртия) этот показатель достиг 150–180 на 100 тысяч населения (Б. А. Казаковцев, 1998). В Украине показатель самоубийства в 1995 году составил 28,3 на 100 тысяч населения, в 1996 году — 29,9 на 100 тыс. населения. Причем наибольший уровень смертности в результате завершенных суицидов зафиксирован в промышленных регионах Восточной Украины (в среднем 33,6 на 100 тыс. населения) и в районах, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (в среднем 34,5 на 100 тыс. населения; Г. Я. Пилягина, 1998). По данным ВОЗ уровень самоубийств более 20,0 на 100 тысяч населения является критическим.

Однако, по мнению бывшего главного психиатра ООН Грегори Залбурга, “статистические данные о суицидах, какими они являются сегодня, не заслуживают доверия. Слишком много суицидов не называются своими собственными именами “. Как правило, немалая доля замаски-

рованных суицидов скрывается за рубрикой “несчастные случаи” и “дорожно–транспортные происшествия”. Более того, в суицидологии существует гипотеза, согласно которой есть люди, являющиеся суицидальными личностями и их поведение, порой неосознанно, направлено к смерти. Примером “хронического суицидального поведения” может служить злоупотребление алкоголем, табаком и наркотиками, занятие альпинизмом, автогонками и т.п. Такое поведение Э. Дюркгейм в 1887 г. назвал “символическим суицидом”.

5.1.2. Возраст.

Суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко.

У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность. На более младший возраст приходится лишь 2,5% от общего числа суицидов у детей. Суицидальное поведение у детей очень редко связано с серьезными психическими заболеваниями и реактивной депрессией. В подавляющем большинстве случаев речь идет о ситуационных реакциях, чаще реакциях протеста. В 80% случаев их источником являются внутрисемейные конфликты (В.В. Ковалев, 1987). За прошедшие 30 лет количество суицидов у детей от 5 до 14 лет возросло в 8 раз. Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет. На одного подростка с завершённым суицидом приходится 100 суицидальных попыток.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст зрелости (40–60 лет). Помимо психологических проблем, достаточно подробно описанных в главе 2, для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией — самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают. Часты также проблемы в профессиональной карьере. По статистическим данным частота суицидов в этот период увеличивается, по сравнению с 30–летними в 2 раза. Причем, значительно преобладают суициды у мужчин.

Третий пик суицидального риска — пожилые люди, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции. Последние годы в Украине (как впрочем и в других странах) отмечены стремительным ростом суицидов именно в этой группе лиц. По данным американских исследователей на долю лиц, старше 65 лет (составляющих около 11% населения) приходится 25% всех самоубийств. Показательно, что 76% пожилых мужчин обращались к врачу за месяц, 33% — за неделю, а 10% — за день до совершения суицида.

5.1.3. Пол.

Нельзя не отметить и половые различия суицидентов.

Невзирая на социо-культуральные, экономические и географические различия, частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин. В целом, соотношение мужчин и женщин при завершенных суицидах составляет 4:1, в Украине в 1996 году этот показатель достиг 5,4:1. Среди пожилых частота мужских суицидов прогрессивно возрастает и составляет 6–9:1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток. Женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин (в возрасте 15–40 лет). Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины. Консультант по суицидологии Мэри Миллер так объясняет этот феномен: “Женские самоубийства являются прежде всего феноменом молодости, частота мужских суицидов возрастает с каждым десятилетием”.

5.1.4. Профессия.

Чаще всего суициды совершают лица с высшим образованием. Самый высокий суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, низшие офицерские чины и страховые агенты (Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэддок, 1994).

По данным статистических исследований, еще в конце 19 столетия было отмечено, что частота суицидов среди врачей в 21 раз выше, чем в общей популяции населения. Среди докторов молодого возраста (25–35 лет) самоубийством кончал жизнь каждый 10-й. Первое место среди них занимали психиатры. Известный Киевский психиатр И.А. Сикорский

(1910), анализируя причины суицидального поведения у коллег, в конце прошлого века связал их со специфическими условиями работы, прежде всего нравственными перегрузками и противодействием со стороны государства по отношению к проводимой ими работе.

Вопрос “профессионального риска” при работе с психически больными неоднократно поднимался в литературе и более позднего периода. Наравне с суицидальным риском дискутировалась возможность “индуцированного помешательства”, которая однако впоследствии была отвергнута (Ю. Каннабих, 1994). Описаны специфические состояния, характерные для медицинских работников, психиатрических учреждений: “отравление людьми” (И. Харди, 1977) и “синдром истощения или сгорания” (J.A. Diez et al., 1996; C.R. Herrera et al., 1996). “Burnout syndrom” (синдром истощения или сгорания) характеризуется эмоциональным истощением, уменьшением или утратой эмпатии, чувства собственной самодостаточности или снижением самооценки. Этот синдром описан у медицинских работников отделений для хронически психически больных и у молодых врачей–психиатров с небольшим стажем работы и, как правило, соматически ослабленных.

К сожалению, в современной отечественной литературе отсутствуют исследования, направленные на профилактику суицидального риска у психиатров. А между тем, исследования, проведенные в субкультуре психиатров США в 70–80 г.г. указывают на то, что психиатры как в конце 19 века, так и в конце 20 столетия по–прежнему относятся к группе риска. Так, в университете штата Орегон в течение 11 лет исследовали профессиональную принадлежность лиц с завершенными суицидами. Было выявлено, что суициды среди врачей–психиатров встречаются в 4 раза чаще, чем в общей популяции и составляют в США 70 на 100тыс. населения (в общей популяции — 12,3 на 100тыс. населения). Американской медицинской и психиатрической ассоциациями (1986–1987) установлено, что треть из психиатров совершили суицид в первые годы профессиональной деятельности, а риск суицида у женщин–психиатров в 4 раза выше, чем в женской популяции. В группу риска были отнесены врачи–психиатры, употребляющие алкоголь и наркотики или находящиеся в состоянии острого или хронического кризиса.

в значительной мере зависит от типа акцентуации характера.

Многочисленные исследования особенностей саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков позволили выделить группу риска (А.Е. Личко, 1983–1993, Ю.В. Попов, 1987, Л.Н. Юрьева, 1987, П.И. Сидоров, 1991 и др.) .

Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера:

- Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.
- Эмоционально–лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило в тот же день.
- Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.
- Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно–шантажные суицидальные попытки.

Говоря о значимости индивидуальных факторов в генезе аутоагрессивного поведения нельзя не отметить, что неоднократные попытки создать эталонный “психологический портрет суицидента” до сих пор не увенчались успехом, ибо индивидуальные характеристики определяются не только личностными особенностями, но и морально–этическими установками, социальными и культуральными нормами и правилами, религиозными предпочтениями, мировоззренческими позициями. Эти вопросы отражены в главе, посвященной проблемам танатологии.

5.3. Медицинские факторы суицидального риска.

5.3.1. Физическое здоровье.

Треть суицидентов к моменту совершения попытки лечились у интернистов в течение последних 6 месяцев, 70% — страдали острыми или хроническими заболеваниями. Чаще всего у этих пациентов имели место заболевания опорно-двигательного аппарата и травмы, повлекшие за собой инвалидизацию, онкологические заболевания, хронические непереносимые боли, нефрологические заболевания (особенно у пациентов с искусственной почкой), СПИД.

При церебрально-органической патологии суицидальный риск возрастает по мере хронификации органического заболевания головного мозга и нарастании психопатизации личности.

5.3.2. Психическое здоровье.

Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровыми
- лицами с пограничными психическими расстройствами
- психически больными.

По данным Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок (1994) почти 95% лиц, совершивших суицидальные попытки, страдали психическими и поведенческими расстройствами. Депрессивные расстройства составили 80% от этой цифры, шизофрения — 10%, деменция или делирий — 5%. По данным отечественных авторов, среди суицидентов выявлено только 25% душевно больных, а 75% составили лица с пограничными психическими расстройствами и психически здоровые. Причем в последние годы отмечен рост числа суицидальных попыток в рамках непатологических суицидальных реакций (А.Г. Амбрумова, Г.В. Старшенбаум, 1995). Следует отметить, что суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психо-неврологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц.

Суицидальный риск у лиц с психическими и поведенческими расстройствами коррелирует с темпом прогрессивности заболевания, его психопатологическим оформлением, с давностью процесса и характером

его течения. Особенно велика вероятность суицида при первых приступах заболевания, когда еще сохранно ядро личности и критика к состоянию и ситуации.

Выделяют следующие варианты суицидального поведения у психически больных:

- Ситуационный (психогенный), при котором суицидальные тенденции возникают в результате взаимодействия психогенных и личностных факторов, а психическое заболевание выступает в роли патопластического фактора.
- Психотический (психопатологический), при котором суицидальные проявления обусловлены психопатологическими проявлениями болезни и реакцией на них пациента. Ситуационные факторы носят второстепенный характер и выступают в роли катализатора.
- Смешанный, при котором и ситуационный и психопатологический механизмы в равной степени участвуют в формировании аутоагрессивного поведения.

5.4. Суицидальное поведение при шизофрении.

По данным Г. Каплан, Б. Сэдок (1994) около 50% больных шизофренией за 20-летний период болезни совершили суицидальные попытки, причем 10% из них оказались завершёнными. А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко (1980) отмечают, что наиболее суицидоопасными являются первые 3–5 лет заболевания. Н.Е. Бачериков и П.Т. Згонников (1989), проанализировав 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией, пришли к выводу, что их максимум у женщин приходится на 3–4-й и 7–8-й годы, а у мужчин — через год, 4 и 9 лет от начала заболевания.

Суицидальный риск при шизофрении обусловлен, как правило, тремя группами факторов, которые определяют три типа суицидального поведения этих больных (А.Г. Амбрумова с соавт., 1977–1996).

1 тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах созревания ремиссии, особенно после 2–3 госпитализации у лиц с благоприятным течением про-

цесса и сохранным ядром личности. Этот период является суцидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суцидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспективы.

2 тип определяется своеобразным мировосприятием, тенденциями к нетрадиционному мировоззренческому установкам и личностными особенностями. Как правило, такой тип суцидального поведения чаще всего отмечается у больных простой формой шизофрении с признаками метафизической интоксикации, с преобладающими представлениями о бессмысленности бытия, об утрате смысла жизни, с суцидоманией.

3 тип определяется психопатологическими расстройствами.

Наиболее суцидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно–параноидный, аффективно–бредовый, галлюцинаторно–параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суцидального содержания, метафизической интоксикации, атипичные депрессии.

Менее суцидоопасны: острый синдром Кандинского–Клерамбо, психопато– и неврозоподобные состояния, острые паранойяльные и парафренические синдромы.

Не суцидоопасны: онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства, апато–абулический.

Многие суцидологи отмечают, что при шизофрении часты импульсивные, немотивированные суцидальные попытки.

Ярким примером аутоагрессии при шизофрении является суцидальный акт известного русского писателя Всеволода Михайловича Гаршина (1855–1888), который прожил всего 33 года, но оставил заметный след в отечественной культуре (Брокгауз и Ефрон, 1993). С детства он был раним, робок, у него преобладал гипотимный фон настроения. Выделялся среди ровесников необыкновенно ранним умственным развитием и периодически возникающими “приступами меланхолии”. В 25 лет его психическое состояние изменилось: стал деятелен, по собственной инициативе навещал государственных чиновников в различных городах

России и излагал им идеи переустройства мира, призывал “всех помиловать и простить”. Из Тулы пешком ходил в Ясную Поляну к Льву Толстому, с которым провел целую ночь в восторженных мечтаниях о том, как устроить счастье всего человечества. Психическое состояние прогрессивно ухудшалось, и в 1880 году родственники поместили его в Харьковскую психиатрическую клинику, из которой он выписался через некоторое время и уехал к дяде в Херсонскую деревню, где пробыл 1,5 года и откуда в удовлетворительном состоянии вернулся в Петербург в 1882 г.

В последующие годы плодотворно работал, женился. Периодически у него отмечались “приступы глубокой, беспричинной тоски”. В 1883 году публикует полубиографическую сказку “Красный цветок”, которую психиатры считают клинической картиной, до мельчайших подробностей соответствующей действительности. Жажда истребить неправду пронизывает книгу, герой которой в психозе, подобно автору, мечтал сразу уничтожить все зло, существующее на Земле.

Примечательно, что именно в этот период он сблизился с художником И.Е. Репиным, который после длительных поисков натурщика для написания умирающего молодого царевича в картине “Иван Грозный и его сын Иван 16 ноября 1581 года” нашел его в образе В.М. Гаршина, черты которого поразили его “жертвенностью и обреченностью”.

В 1887 г. психическое состояние писателя ухудшилось, психоз развивался остро, преобладала депрессивно–параноидная симптоматика. Повторно был госпитализирован в Харьковскую психиатрическую больницу, где 19 марта 1888 года бросился с 4 этажа в просвет лестницы и 24 марта скончался.

5.5. Суицидальное поведение при аффективных расстройствах настроения.

Около 70% депрессивных больных имеют суицидальные мысли и тенденции, а в 10–15% случаев имеет место завершённый суицид. Суицидальный риск может быть обусловлен как ситуационными и личностными факторами, так и психотическими переживаниями.

5.5.1. Биполярные аффективные расстройства.

Суицидальный риск при биполярных аффективных расстройствах (согласно классификации МКБ–10 в эту рубрику включен маниакально–депрессивный синдром) обусловлен психопатологическими феноменами и ситуационными факторами. В связи с этим выделяют психотический и ситуационный варианты суицидального поведения (А.М. Понизовский, 1980). На этапе рецидива биполярного аффективного расстройства суицидальное поведение пациентов обусловлено психотическими проявлениями, на инициальной стадии и на этапе выздоровления — ситуационными.

1. При психотическом варианте основой суицидального поведения является психопатологические переживания.

Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы и состояния: бредовые идеи самообвинения и самоуничужения, бред виновности, ущербности, обнищания, ипохондрический бред, психическая анестезия. Особенно опасны суицидальные попытки импульсивного характера при меланхолическом рантусе.

2. При ситуационном варианте в основе суицидального поведения лежат психологически понятные психогенные факторы: межличностные и социальные конфликты, профессиональные и бытовые трудности, потеря значимых близких, попытка привлечь внимание к своему состоянию и положению.

Выделяют две разновидности ситуационного суицидального поведения:

- возникающие в результате конфликта в сфере межличностных отношений. Для этого варианта поведения характерно разнообразие мотивов и способов совершения суицида, а также нестойкость суицидальных намерений.
- возникающее как реакция на заболевание и его медицинские и социально–психологические последствия. Этот вариант формируется, как правило, при длительности депрессивного эпизода свыше 4 месяцев, коротких интермиссиях и частых рецидивах, при резких колебаниях аффективного фона в период выхода из депрессии. Характерно преобладание частоты суици-

дальних тенденций над попытками (Н.Е. Бачериков, П.Т.Згонников, 1981).

Повышен суицидальный риск и в период выздоровления, когда у пациента восстанавливается критика и энергетический потенциал. В этот период возможен парадоксальный суицид, то есть исполняется суицидальное намерение периода болезни. В связи с этим, на амбулаторном этапе лечения необходима суицидальная настороженность врача к этим больным и строго дозированное, минимально достаточное количество выписываемых антидепрессантов (особенно трициклических), так как наиболее частый способ суицида у этих пациентов — отравление антидепрессантами.

5.5.2. Депрессивный эпизод.

Суицидальный риск при депрессивных эпизодах (согласно МКБ-10 в эту рубрику включены реактивные депрессии, большая депрессия без психотических симптомов, единичные эпизоды депрессивной реакции) обусловлен в большинстве случаев ситуационными факторами, аналогичными таковым при биполярном аффективном расстройстве. Для этих пациентов характерно преобладание суицидальных тенденций над попытками (соотношение 5:1).

Суицидальные попытки могут быть как истинными, так и демонстративно-шантажными.

1. Истинные суицидальные попытки совершаются, как правило, на астеноневротическом этапе развития депрессии. Период формирования суицидальных мыслей протекает от нескольких дней до нескольких недель. На этапе подготовки к суициду возможны “суицидальные жесты” — высказывания и поступки, косвенно свидетельствующие о суицидальных намерениях. Суицидологи отмечают, что в 8 из 10 случаев суициденты прямо или косвенно говорили о своих намерениях.

2. Демонстративно-шантажные суицидальные попытки возникают, как правило, после психической травмы и совершаются по типу протеста, мести или призыва. Депрессивная симптоматика развивается или усугубляется после попытки. Она, как правило, достигает невротического уровня и в редких случаях психотического. Вероятность суицида максимальна на начальных этапах заболевания.

Примером истинной суицидальной попытки может служить покушение на самоубийство, совершенное М. Горьким в 19 лет. В журнале “Клинический архив гениальности и одаренности” (1925–1928 г.г.) И.Б. Галант был сделан анализ психического состояния М. Горького, результатом которого был вывод о том, что причиной суицидальной попытки у писателя была циклотимия с выраженной депрессией. В своих произведениях М. Горький неоднократно описывал психопатологические состояния, перенесенные им. О факте покушения на свою жизнь он пишет в “Моих университетах” и “Случае из жизни Макара”: после многочисленных разочарований и бессонных ночей появилось “стремление укрепить свою заболевшую душу, так как стал противен сам себе, осуждал себя, появившаяся тревога ослабляла душу и становилась тяжелее”. В этот период он испытал влюбленность сразу к двум девушкам, но был ими отвергнут, что усугубило его состояние, появились мысли о собственной ненужности и никчемности. “...вспомнив горячие речи, которыми он еще недавно оглушал людей, подобных себе, внушая им бодрость и будя надежды на лучшие дни, вспомнив хорошее отношение к нему, ...он почувствовал себя обманутым и тут же решил застрелиться”. “Купив на базаре револьвер барабанщика, заряженный четырьмя патронами, я выстрелил себе в грудь, рассчитывая попасть в сердце, но только пробил легкое...”.

В дальнейшем в своих произведениях Максим Горький неоднократно обращался к теме самоубийства, что дало повод говорить о “литературной суицидомании Горького”. Приведем названия лишь нескольких его произведений, где психологически и психопатологически описываются самоубийства героев: помимо названных выше это “Скуки ради”, “Трое”, “Коновалов”, “Хан и его сын”, “Рассказ Филиппа Васильевича”, “Жизнь Матвея Кожемякина”, “Исповедь”, “Жизнь ненужного человека” (А.М. Шерешевский, 1991).

5.6. Суицидальное поведение при расстройствах личности.

Среди лиц с завершёнными суицидами от 24% до 31,4% состав-

ляют лица с расстройствами личности. Среди них 39% — с истерическими расстройствами личности, 30% — эмоционально-неустойчивые и возбудимые, по 11% — астенические и аффективные (А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, 1980).

Суицидальный риск у этих лиц обусловлен не только личностными, но и ситуационными факторами, которые коррелируют с типами расстройств личности. В некоторых случаях определенную роль в генезе суицидального поведения играют и эндогенные факторы (“фазы угнетения“, аффективные сдвиги).

Суицидальные попытки могут быть как истинными, так и демонстративно-шантажными.

Выделяют два варианта *истинного суицидального поведения* (В.Е. Пелипас, 1970):

- Суицидальные намерения формируются быстро, доминируют в сознании и осуществляются без колебаний, часто с летальным исходом. Внешние поведенческие проявления суицидальной готовности у этих лиц практически отсутствуют, так как у них преобладает интравертированный способ переработки психотравмирующей ситуации. Данный вариант суицидального поведения возможен при всех вышеназванных типах расстройств личности.
- Формирование суицидальных намерений осуществляется постепенно, прямо или косвенно об этом информируются значимые близкие, доминирует экстравертированный способ переработки конфликта. Летальный исход менее вероятен, чем в первом случае. Этот вариант суицидального поведения характерен при истерических, обсессивно-компульсивных, тревожных и зависимых (астенических) расстройствах личности.

Демонстративно-шантажные суицидальные попытки преобладают у лиц с истерическими и диссоциальными (возбудимыми) расстройствами личности. Ведущий мотив — воздействие на окружающих с определенной корыстной целью — определяет стереотип пресуицидального поведения: демонстративность, обнаженность приготовлений, заготовка предсмертных записок, шантаж. Если с помощью угроз и попыток

удается добиться желаемого эффекта или результата, то возможна фиксация и дальнейшее повторение суицидальных угроз и попыток для достижения своих целей (Н. Е. Бачериков, 1965).

Ярким примером является формирование стереотипа суицидального поведения у знаменитого испанского художника–сюрреалиста Сальвадора Дали, описанного им в автобиографической книге “Тайная жизнь Сальвадора Дали, написанная им самим”.

“Мне было 16 лет. Я учился в колледже. Из классных комнат вниз, во внутренний дворик, вела крутая каменная лестница. Однажды безо всякой причины мне взбрело в голову броситься вниз, и я совсем было собрался осуществить свое намерение, но мной овладел страх. Однако идея эта крепко засела у меня в голове. Целый день втайне ото всех я ее лелеял и решил: завтра. И действительно, на другой день уже ничто не могло меня остановить. Когда мои одноклассники стали спускаться, я разбежался, прыгнул в разверстую бездну, рухнул на каменные ступени и катился вниз еще целый пролет. Я сильно расшибся, но испытал неописуемо острое наслаждение, заглушившее боль. Поступок мой произвел грандиозное впечатление — рыдать надо мной сбежались все мои однокашники и даже старшие ученики. Бегали за водой, суеились, прыскали, оттирали.

В ту пору я был крайне застенчив. Стоило кому–нибудь обратить на меня внимание, я краснел как рак, и потому неизменно предпочитал обществу одиночество. Однако в этот раз толпа, глазающая на меня, доставила мне странное удовольствие. Спустя четыре дня я решился повторить этот номер, причем на большой перемене, когда абсолютно все, включая отца–наставника, выходили во дворик.

Успех и на этот раз превзошел все ожидания, наверное оттого, что перед прыжком я возопил что было силы и тем привлек всеобщее внимание. Наслаждение снова оказалось таким острым, что я не почувствовал боли. Я не преминул продолжить в том же духе — примерно раз в неделю я кидался с лестницы. В итоге едва я направлялся к ней, как все взоры об-

ращались на меня и в воздухе повисало напряженное ожидание: кинется или нет? Какое же наслаждение испытывал я, спокойно, как все нормальные люди, спускаясь по лестнице и оставаясь тем не менее центром всеобщего внимания!

Никогда не забуду тот дождливый октябрьский вечер. Я не спеша двинулся к лестнице. Столпившиеся во двореке враз подняли головы и замерли: священная тишина поглотила все шорохи и крики. Высоко подняв голову, осененную ореолом, я двинулся вниз. Я шел медленно, ступая со ступеньки на ступеньку и упиваясь восторгом,— ни за что на свете, ни с кем, даже с Господом Богом, я не поменялся б тогда местами”.

5.7. Суицидальное поведение при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ.

Аутоагрессивные проявления у этих пациентов представлены 2 основными формами:

1. Суицидальные проявления (включающие тенденции и попытки).
2. Несуицидальные формы аутоагрессии: самоповреждения (самопорезы) и аутоагрессивные передозировки.

Суицидальные тенденции охватывают различные по глубине и продолжительности суицидальные мысли, намерения и планирование самоубийств. Они наблюдаются как изолированно, так и в пресуицидальном периоде суицидальных попыток.

Суицидальные попытки у лиц, зависимых от психоактивных веществ, могут быть как истинными, так и демонстративно–шантажными. Истинные суицидальные попытки, протекающие по типу импульсивных, возникают на высоте аффекта. Они причинно связаны с обострением импульсивного влечения.

Суицидальное поведение определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов:

1. Особенностью наркотической психопатизации личности.
2. Выраженностью патологического влечения к наркотику.

3. Личностной значимостью микросоциального конфликта.

К несуицидальным формам аутоагрессии относятся самопорезы и некоторые виды передозировок, которые наблюдаются на высоте интоксикации и характеризуются утратой количественного контроля.

Несуицидальные формы аутоагрессии непосредственно взаимосвязаны со степенью выраженности патологического влечения к наркотику. Влияние микросоциального конфликта менее значимо.

Для возникновения суицидальных проявлений и их реализации влияние аффективных расстройств и микросоциальных воздействий играет главенствующую роль.

Динамика эмоциональных расстройств, развивающаяся вследствие хронической наркогенной интоксикации, позволила выделить понятие вторичной наркотической психопатизации, т.е. возникновение специфических эмоционально–волевых расстройств у преморбидно здоровых лиц. А.Г. Амбрумова (1987) выделяет 3 основных типа вторичной наркотической психопатизации:

1. Эмоционально–неустойчивый
 - 1) сензитивный
 - 2) истероидный
2. Депрессивный
 - 1) дистимический
 - 2) тоскливо–депрессивный
 - 3) тревожно–депрессивный
3. Дисфорический
 - 1) эксплозивный
 - 2) ригидный

Суицидальное поведение лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ характеризуется различным сочетанием триады суицидальных факторов:

1. Истинные суицидальные попытки — преимущественно депрессивным типом вторичной наркотической психопатизации личности, малой выраженностью наркотического влечения и высокой личной значимостью психотравмирующего фактора.
2. Демонстративно–шантажное суицидальное поведение чаще все-

го определяется эмоционально–неустойчивым типом вторичной наркотической психопатизации личности, навязчивым влечением к наркотическому препарату и локализацией суицидального конфликта в сфере актуальной наркотической потребности. Внешний микросоциальный конфликт мало значим для суицидента.

3. Суицидальные попытки по типу импульсивных, преимущественно дисфорических типом наркотической психопатизации, выраженным компульсивным влечением и внутренним конфликтом в сфере актуальной потребности в наркотизации. Роль пускового механизма играет, как правило, микросоциальный конфликт.

Суицидальное поведение нарколологических больных в значительной мере коррелирует с формой наркотизма.

Для больных наркоманиями существование в узких рамках наркоманических группировок полностью заменяет реальную социальную жизнь. Поэтому в формировании суицидального поведения у них существенную роль играют следующие патологические факторы:

- 1) невозможность удовлетворить потребность в наркотике,
- 2) глубина наркотической психопатизации,
- 3) выраженность абстинентного синдрома.

Основной антисуицидальный фактор при алкоголизме — урегулирование общечеловеческого конфликта (долг, совесть, любовь, семья); при наркомании — возможность продолжать наркотизацию.

5.7.1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

5.7.1.1. Алкогольная интоксикация.

Чаще всего суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения совершают акцентуированные личности (особенно в молодом возрасте) и лица с невротическими и соматоформными расстройствами. Суицидоопасными формами алкогольного опьянения являются ажитированно–депрессивный, дисфорический и эксплозивный варианты простого алкогольного опьянения. Н.Е. Бачериков и П.Т. Згонников (1989) не исключают, что в этих случаях суицид развивается по типу следовой реакции.

Как правило, аутоагрессивное поведение в состоянии алко-

гольной интоксикации отмечается в следующих ситуациях (А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, 1981).

- Алкоголь употребляется после принятия решения о суициде для купирования эмоционального напряжения. Это свидетельствует о неоднозначности принятого решения, о колебаниях человека. В некоторых случаях, такой стереотип поведения соответствует культуральному ритуалу прощания с жизнью. Следует помнить, что демонстративно–шантажные суицидальные попытки под влиянием алкоголя могут завершиться летально.
- Алкоголь употребляется до принятия решения о суициде с целью снятия психоэмоционального напряжения либо с целью разрешения конфликтной ситуации. Интоксикация усугубляет психический дискомфорт, потенцирует развитие чувства вины и безысходности, способствует вспышке конфликтной ситуации с окружающими, что легко приводит к аутоагрессии.

5.7.1.2. Синдром зависимости

Уровень суицидальной активности у лиц с синдромом зависимости в 50 раз выше, чем в общей популяции. 25%–50% всех суицидов связаны с алкоголизацией. Пик суицидальных попыток среди больных хроническим алкоголизмом приходится на 25–40 лет.

На первой стадии хронического алкоголизма преобладают истинные суициды. На этой стадии заболевания больные алкоголизмом, как и здоровые люди склонны к образованию суицидогенных патологических и непатологических реакций в ответ на социальную дезадаптацию, которая в этот период проявляется в виде конфликтов в семье, на работе и может приобретать суицидогенный характер. Особенно опасны периоды возникновения реактивных депрессий, когда вероятность завершённых суицидов максимальна. Пресуицидальный период у этих пациентов длителен, они тщательно продумывают способы реализации суицида и меры, исключающие оказание помощи.

На второй стадии алкоголизма помимо истинных суицидальных попыток возможны и демонстративно–шантажные. Истинные суицидальные попытки совершаются, как правило, мужчинами, в состоянии абстиненции, которая сопровождается рядом психопатологических фено-

менов (дисфорический, тоскливо–депрессивный, тревожно–депрессивный аффект, идеи самообвинения). Суицидальную готовность потенцируют также конфликтные ситуации в семье и на работе (а часто и их потеря), нарастающие проблемы со здоровьем (особенно сексуальные расстройства), а также возникающие проблемы с законом. Истинные суицидальные попытки совершаются этими больными чаще ночью или ранним утром путем повешения. Демонстративно–шантажные суицидальные действия чаще совершаются женщинами с целью вымогательства. Они совершаются в присутствии посторонних и чаще всего бывают незавершенными.

На третьей стадии алкоголизма нарастает деградация личности и явления вторичной наркотической психопатизации. Суицидальная активность постепенно угасает, уступая место агрессивным тенденциям. Среди суицидальных попыток доминируют демонстративно–шантажные.

5.7.1.3.Алкогольные психозы.

При алкогольных психозах суицидальные действия обусловлены собственно психотическим состоянием пациента и коррелируют с характером императивных слуховых галлюцинаций, зрительными обманами восприятия, фабулой бредовых переживаний и степенью аффективной насыщенности патологических переживаний.

5.7.2.Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов.

Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением опиатов широко распространены в Украине. Подавляющее большинство пациентов наркологических стационаров представлены именно этой категорией больных. Многолетнее изучение и наблюдение автора за клиникой и динамикой течения опиомании (кустарно изготовленные препараты опия) в Днепропетровской области позволили обобщить имеющиеся данные и выявить динамику формирования аутоагрессивного поведения у пациентов с опиоидной зависимостью.

У лиц, находящихся на *стадии эпизодического употребления* опиатов, аутоагрессивные проявления встречаются крайне редко и, как правило, причинно не связаны с употреблением наркотического вещества. Значительно чаще в этот период имеют место случайные передози-

ровки, возникающие вследствие незнания фармакологических свойств препаратов. Клинически они выражаются в сноподобных состояниях, переходящих в кому. Больные погибают вследствие падения сердечно-сосудистой деятельности и паралича дыхательного центра. Эти случаи смертельного исхода не могут быть отнесены к суицидальным проявлениям, так как в их основе не лежит осознанное желание лишить себя жизни или продемонстрировать это намерение.

Начало систематической наркотизации совпадает, как правило, с *первой стадией* опиомании, когда уже выражен синдром психической зависимости, прежние дозы уже не приводят к эйфории, идет активный поиск новой дозы, способной вызвать качественно прежний эффект.

На данном этапе больные еще социально адаптированы, конфликт в сфере актуальной наркотической потребности не выражен, личностно значимые микросоциальные проблемы не столь остры. Более того, имеющее место в 1 стадии заболевания обострение творческого потенциала дает иллюзию социальной перспективы. В силу того, что удельный вес суицидогенных факторов незначителен, истинные суицидальные проявления (тенденции и попытки) в этой стадии болезни редки.

Но в 1 стадии заболевания имеют место несуйцидальные формы аутоагрессии, выражающиеся в передозировке препарата. С целью достижения эйфории больные повышают дозу, что в некоторых случаях влечет за собой отравление и летальный исход (особенно у подростков и женщин в силу их физиологических особенностей).

У мужчин в первой стадии опийной наркомании подобные состояния встречаются значительно реже, однако у лиц с психопатиями отмечаются передозировки с целью нормализации сна и улучшения настроения. На высоте интоксикации эти больные утрачивают количественный контроль за дозой препарата, что влечет за собой аутоагрессивные передозировки.

Эти состояния принципиально отличаются от случайных передозировок, так как в их основе лежит патологическое влечение к опьянению. Как правило, данный вид передозировок повторяется неоднократно у лиц с психопатическим складом характера и может завершиться летально.

Во второй стадии заболевания вырабатывается четкий индивиду-

альный ритм приема препарата, толерантность достигает максимальных для данного больного величин, наркотик, как правило, вызывает только стимулирующий эффект, появляется симптом физической зависимости. Кроме того, в этой стадии заболевания практически у всех больных опиоидной наркоманией выражена вторичная наркотическая психопатизация личности, сопровождающаяся своеобразной ее деформацией, характеризующейся бесконтрольностью влечений, эмоционально-волевыми расстройствами и выраженными тенденциями к девиантным и деликвентным формам поведения (Е.Г. Трайнина, 1987).

У лиц с психопатическими изменениями характера, как правило, наступает декомпенсация имеющегося типа психопатии. Сочетание всех вышеперечисленных особенностей второй стадии заболевания создает предпосылки для высокого суицидального риска у данной категории больных. Именно на этом этапе заболевания больные представляют наибольшую социальную опасность.

В состоянии интоксикации опиоманы чувствуют прилив энергии, однако прежней остроты ощущений уже не испытывают. В этом состоянии у многих из них возникает желание "видеть кровь", что дает им новый эмоциональный импульс. С этой целью совершаются самопорезы. Вид крови, головокружение, теплые ванны, которые нередко принимаются в это время, способствуют усилению наркотического опьянения. Данный вид аутоагрессивных проявлений относится к несуйцидальным формам аутоагрессий и имеет тенденцию к повторениям.

Самым суицидоопасным является не период интоксикации, а **период абстинентного синдрома**, особенно его 3-я фаза, которая развивается к концу вторых суток отнятия наркотика и субъективно выражается самым тяжелым симптомом — мышечными болями "тянущего, выкручивающего" характера в области поясницы, икроножных мышц, мышцах спины. Больные напряжены, озлоблены, влечение к наркотику становится неудержимым.

Пациенты с преимущественно депрессивным типом вторичной наркотической психопатизации, с высокой личностной значимостью сложившейся ситуации, с социально-положительной направленностью в преморбиде, отчаявшиеся излечиться от наркомании, теряющие свой

статус, совершают, как правило, истинные суицидальные попытки именно в этот период.

Нередко с исчезновением явлений абстиненции редуцируется и суицидальный потенциал больного, ибо основным антисуицидальным фактором у лиц, страдающих наркоманией, является возможность продолжения наркотизации.

Чаще всего для реализации истинного суицидального поведения больные опиоманией используют следующие способы: внутривенное введение заведомо смертельной дозы потребляемого больным препарата; сочетанное введение этого препарата с барбитуратами или транквилизаторами.

Для больных с выраженным истероидным радикалом в структуре вторичной наркотической психопатизации в стадии абстиненции характерно демонстративно-шантажное поведение, направленное на получение препарата. Способом реализации чаще всего являются самопорезы.

У больных с преимущественно дисфорическим типом психопатизации, у которых ярко выражено компульсивное влечение, суицидальные попытки протекают по типу импульсивных. Причем, разрешающим фактором может быть незначительный микросоциальный конфликт. Этот тип суицидального поведения характеризуется истинностью намерений, летальность при нём высока.

Следует помнить, что вероятность суицидального поведения особенно высока при морфийной или героиновой абстиненции в связи с выраженностью компульсивного влечения. При кодеиновой абстиненции депрессивные расстройства, мышечные боли и психическое беспокойство менее выражены, компульсивное влечение не столь витально.

В отличие от больных I ст., больные II ст. опиомании в большинстве своем попадают на лечение в стационар чаще всего в самой суицидогенной стадии — стадии абстиненции. В связи с этим, наряду с фармакотерапией необходим индивидуальный надзор за больным во избежание побегов, ауто- и гетероагрессивных действий.

Кроме того, необходимо помнить и о *второй волне повышенной суицидогенности* в течении II стадии, обусловленной компульсивным влечением, возникающим *в ремиссии*. Традиционно принято считать, что

после купирования абстинентного синдрома редуцируется и выраженное компульсивное влечение к наркотику (Н.К. Боровкова, Г.Н. Найденова, 1974). Однако у определенной части больных на этом этапе отмечается появление беспокойства, раздражительности, невыносимого зуда в венах, нестерпимой зубной боли, возобновляется компульсивное влечение. В этот период вероятность суицидального поведения вновь возрастает.

В III стадии заболевания больные опиоманией так же склонны к аутоагрессивным проявлениям. III ст. опиомании характеризуется снижением толерантности и изменением формы интоксикации. Наркотик уже только нормализует состояние. На этой стадии болезни имеют место несуйцидальные формы аутоагрессий, проявляющиеся в передозировках препарата с целью получения эйфорического эффекта.

В отличие от II ст. заболевания суицидогенность этих больных не столь велика, хотя по-прежнему важную роль в патопластике поведения играют характерологические особенности личности.

На высоте компульсивного влечения больные 3 ст. редко совершают агрессивные и аутоагрессивные акты. Они вялы, ищут помощи у врача, проявления дисфории ограничиваются грубостью с больными и персоналом. Выраженное соматическое неблагополучие и формирование психоорганической симптоматики также способствуют снижению суицидального риска.

Классическое описание динамики формирования зависимости от морфия, а также параллельно формирующихся агрессивных и аутоагрессивных тенденций описывает Михаил Булгаков (писатель, врач и человек, в анамнезе которого — опиная наркомания 2 стадии) в автобиографическом рассказе “Морфий”. Герой рассказа — земский врач, страдающий морфийной зависимостью, неоднократно пытавшийся от нее избавиться в стационаре и самостоятельно, кончает жизнь самоубийством в состоянии абстиненции. Его предсмертная записка, адресованная коллеге, ярко иллюстрирует мотив суицида.

“Я не буду Вас дожидаться, я раздумал лечиться. Это безнадежно. И мучаться я тоже больше не хочу. Я достаточно попробовал. Других предостерегаю: будьте осторожны с белыми, растворимыми в 25 частях воды кристаллами. Я слишком им доверился, и они меня погубили. В

моей смерти прошу никого не винить”.

5.8. Профилактика и терапия.

Знание социально–психологических и медицинских предвестников суицида во многих случаях позволяет предотвратить их. Естественно, что суицид всегда индивидуален. Не существует единой причины или группы причин самоубийства. Однако, проведенный анализ литературных данных и собственные наблюдения позволили выделить ряд прогностических критериев, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска. Все факторы были разделены на санкционирующие и лимитирующие суицидальное поведение и представлены в таблице .

Таблица Прогностические критерии суицидального риска.

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
Возраст	Подростковый, зрелость (40–50 лет), пожилые	детский, до 40 лет
Пол	Мужской	Женский
Раса	Белая	Не белая
Семейное положение	Разведенные, вдовы, одинокие (после 40 лет)	Семейные (женатые)
Социально–экономическое положение	Периоды экономической депрессии, резкое изменение национальной мотивации и социокультуральных условий, эмиграция.	Периоды высокой занятости, войн, революций.
Занятость	Безработные, пенсионеры, заключенные.	Работающие
Профессия	Врачи (особенно психиатры, анестезиологи, офтальмологи, стоматологи), юристы, музыканты.	

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
Время года	Теплое (апрель–сентябрь)	Холодное (октябрь–март)
Физическое здоровье	Наличие хронических заболеваний, ведущих к инвалидизации и фатальные болезни (напр. СПИД, онкозаболевания)	Удовлетворительное
Суицидальное поведение в прошлом	Да, особенно суицидоопасны первые 3–6 мес. после совершения суицидальной попытки	нет
Заявление о суициде	Да (свыше 50% суицидентов говорили о своем намерении)	Нет
Лечение в психиатрической больнице	Да	Нет
Наследственная отягощенность	Да	Нет
Особенности личности	Эмоциональная лабильность, повышенная напряженность потребностей, низкая способность к формированию компенсаторных механизмов, низкая самооценка, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность, демонстративность	Психастеники, шизоиды
Психическое	Наличие психических и	Без психических рас-

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
состояние	поведенческих расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, опиаты, барбитураты, галлюциногены), аффективные расстройства настроения, шизофрении, ПТСР, а также расстройств личности, сопровождающихся агрессивным поведением, вспышками возбуждения и насилия.	стройств
Психопатологические синдромы	депрессивный (особенно с идеями самоуничужения и самообвинения), депрессивно–параноидный, аффективно–бредовый, тревожно–фобический, галлюцинаторно–параноидный с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации.	астенический, ипохондрический, маниакальный, апато–абулический, онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства
Медикаментозные средства	Потенцируют развитие депрессии: кортикостероиды, резерпин, антигипертензивные (пропранолон), аминазин, некоторые противораковые и проти-	

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
	возрастачные препараты.	

Терапевтическая тактика определяется, прежде всего, психическим состоянием пациента. Если в основе суицида лежат психотические (психопатологические) механизмы, то терапевтические мероприятия направлены на патогенетическое лечение основного заболевания.

Если суицидальное поведение ситуационно (психогенно) обусловлено, то в основе интервенции лежит кризисная психотерапия, а психофармакологическое лечение является лишь трамплином для психокоррекции и психотерапии. Э. Шнейдман, директор Центра исследований и профилактики суицидов в Лос-Анжелесе, выделил десять общих черт самоубийств, знание которых необходимо для успешной психотерапии:

- ⇒ **Общей целью для суицида является поиск решения**
- ⇒ **Общей задачей суицида является прекращение сознания**
- ⇒ **Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль**
- ⇒ **Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности**
- ⇒ **Общей суицидальной эмоцией является беспомощность — безнадежность**
- ⇒ **Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность**
- ⇒ **Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы**
- ⇒ **Общим действием при суициде является бегство**
- ⇒ **Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении**
- ⇒ **Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю поведения в течение жизни.**

Кризисная психотерапия осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах (Г.В. Старшенбаум, 1987). Основными задачами кризисной терапии являются:

1. Кризисная поддержка, включающая:

- установление терапевтического контакта
- раскрытие суицидоопасных переживаний
- мобилизацию психологических механизмов защиты
- заключение терапевтического договора.

2. Кризисное вмешательство, включающее:

- рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы
- выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса
- коррекцию неадаптивных установок
- активизация терапевтической установки

3. Расширение адаптивных возможностей

- тренинг неопробованных способов адаптации
- выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок

Профилактика суицидов не ограничивается вышеперечисленными методами. Они являются лишь малой частью большой программы профилактики самоубийств, осуществить которую только силами медиков невозможно. Для ее реализации необходимо привлечение медицинских психологов, социальных работников, общественных и государственных организаций и социальных служб, волонтеров, и создание групп самопомощи (по типу “Самаритян” в Англии и “Анонимных суицидентов” в США и других странах), а также активное участие средств массовой информации.

Их деятельность должна быть сфокусирована на следующих направлениях:

- круглосуточная неотложная телефонная помощь
- образовательные программы для населения, направленные на знание признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких.
- образовательные программы для медицинских работников, на-

правленные на знания признаков суицидоопасных состояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания)

- активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид)
- психологическое консультирование населения (возможно анонимное)
- кризисные стационары, в которых будут осуществляться психотерапевтические и реабилитационные программы
- создание института частичной госпитализации при дневных и ночных стационарах ПНД, в которых будут продолжать амбулаторное лечение выписавшиеся из кризисного стационара суициденты, что позволит им работать и получать поддерживающую терапию
- преемственность между токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой
- создание групп само- и взаимопомощи
- снятие табу с темы смерти.

Со смертью каждого человека гибнет Вселенная — неповторимый мир идей и чувств, уникальный опыт и мировоззрение. Общество не может и не должно оставаться по отношению к этому спокойным и безучастным.

Глава 6. Танатология (психолого–психиатрический аспект).

То, что дон Хуан хотел сделать для Карлоса — замотивировать его быть конгруэнтным, экспрессивным и максимально творческим во все моменты жизни. Он хотел мобилизовать все ресурсы Карлоса так, чтобы любое действие, совершаемое им, являлось бы результатом реализации всех его возможностей, всей личной силы, которая доступна ему в данный момент времени. А конкретно дон Хуан сказал Карлосу следующее: “Самый эффективный способ избежать сомнения и желания отложить на завтра что-либо новое или уже известное — бросить взгляд через свое левое плечо. Эта тень — твоя смерть, и в любой момент она может приблизиться, положить руку на плечо и увести тебя. Действуй так, словно происходящее с тобой сейчас всегда может оказаться твоим последним действием, полностью характеризующим тебя, — последним на этой Земле.

Карлос Кастанеда

Говоря о проблеме кризисных состояний, нельзя не коснуться проблемы танатологии. Этот вопрос очень редко обсуждается в психиатрической литературе, хотя является стержневым для понимания патокинеза, терапии и профилактики кризисных состояний.

Понятие “танатология” (thanatos–смерть, logos–наука) было введено в медицинскую терминологию в 1912 г. Рошелем Парком. Эта тема впоследствии изучалась институтом его имени. Многие врачи писали о проблеме умирания и раньше, но Р.Парк был первым, кто признал, что смерть и процесс умирания могут стать предметом исследования и быть

отдельной дисциплиной.

Интерес к проблемам танатологии заметно оживился в последние десятилетия по нескольким причинам. Прежде всего, в связи с развитием реаниматологии. Психиатрические и психологические аспекты проблемы “оживленного организма” у лиц, перенесших клиническую смерть, терминальные и другие внезапно развившиеся и опасные для жизни состояния вызвали бурное обсуждение этических проблем, а перед психиатрами и невропатологами поставили проблему лечения, реабилитации и восстановления психической деятельности у лиц с постреанимационной болезнью.

С 1959 года, когда реаниматологи впервые описали состояние “смерти мозга”, возникающее в процессе реанимации, не прекращаются дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человека отождествляется со смертью его головного мозга. Особую актуальность приобрела эта тема с 1967 года после первой пересадки сердца, так как большинство доноров для трансплантации органов — это пациенты с погибшим мозгом. Трансплантология оказалась в центре внимания танатологических, этико-правовых, социальных и философских вопросов, которые не имели однозначного ответа и в разных странах трактовались по разному.

В итоге, на рубеже 60–70 годов возникла биоэтика. Специалисты в этой области решают с этических и правовых позиций многочисленные проблемные ситуации, возникающие в клинической практике (медицинское вмешательство в репродукцию человека, допустимость медико-генетического контроля, трансплантация органов, клонирования человека и т.п.).

Второй причиной оживления интереса к проблемам танатологии явились исследования американского доктора философии, психолога и врача Раймонда Моуди, опубликованные в его книге “Жизнь после смерти”, в которой он поднял фундаментальные проблемы человековедения .

И наконец, вопросы танатологии стали активно изучаться в связи с проблемой эвтаназии.

К сожалению, до настоящего времени у нас не издано ни одной книги по танатологии для медиков. Счастливым исключением является

монография Сергея Рязанцева “Танатология” (1994), где он обобщил сведения по танатологии в широком понимании этого слова из различных областей знаний: истории, этнографии, филологии, медицины, биологии. Но в ней акцент сделан на историко–культурологических, а не медицинских аспектах этой проблемы.

Психолого–психиатрический аспект танатологии практически не отражен в отечественной литературе, хотя работы многих ведущих зарубежных психиатров и психотерапевтов на эту тему уже давно стали классикой (З. Фрейд, К. Юнг, С. Гроф, Э. Кюблер–Росс и др.).

До сих пор ни в одном из руководств по психиатрии для врачей и студентов не было раздела, посвященного проблемам танатологии, Лишь в последнем фундаментальном руководстве “Клиническая психиатрия” под редакцией член–корр. РАМН, профессора Т.Б.Дмитриевой (1998) выделен раздел “Тяжелая утрата и смерть”. В данной главе представлен анализ проблем танатологии в психолого–психиатрическом аспекте.

6.1. Смерть и умирание.

Психологический смысл, который человек вкладывает в понятие смерть, различен и обусловлен, с одной стороны, его причастностью к фатальным событиям, а с другой тем, какое отношение смерть имеет лично к нему. Avery D. Weisman (1976) выделяет следующие варианты отношения к смерти.

Безличная смерть или “смерть”— как абстрактное понятие.

Ежедневно человек сталкивается с ней, слушая, читая и видя на экранах телевизоров сообщения о терроризме, катастрофах, войнах и т.п. Эта информация, с медицинской точки зрения, может вызвать повышенный уровень тревожности, хотя ее ежедневный поток со временем вызывает привыкание и эмоциональное безразличие. В редких случаях подобные сообщения могут потенцировать или усугублять социофобии и невротические депрессии.

Интерперсональная смерть

В этом случае речь идет о смерти значимых для личности людей (как реально существующих, так и литературных героев). Размах эмоционального реагирования на это событие может колебаться от радости,

эйфории, триумфа (при смерти врага) до страха, горя, отчаяния, обиды, смирения, депрессии при потере кумира или значимого человека. Описаны случаи эпидемии самоубийств среди поклонников С. Есенина, В. Цоя. Эпидемией юношеских самоубийств был отмечен выход в свет романа Иоганна Вольфганга Гете “Страдания юного Вертера”, в котором герой застрелился из-за неразделенной любви. Молодые люди, оказавшиеся в ситуации Вертера, стрелялись прямо с книгой в руках, а в букинистических магазинах того времени за огромные деньги продавались экземпляры романа, облитые кровью самоубийц.

Ярким примером реакции на смерть близкого человека является поведение Жанны Эбютерн — подруги известного итальянского художника Амадео Модильяни. Она преданно ухаживала за больным Амадео. Едва ли не каждую ночь эта мужественная женщина, которая готовилась стать матерью, бегала по всему Парижу в поисках своего мужа — художника и страстного игрока.

На следующий день после смерти Модильяни Жанна, не пролившая ни одной слезинки, выбросилась из окна 6 этажа. Друзья плакали и не верили, что любовь может быть смертельной.

Их похоронили рядом. На общей мраморной плите выбито: “Амадео Модильяни... Смерть настигла его на пороге славы. Жанна Эбютерн... верная спутница Модильяни, которая не захотела без него жить.”

Для Жанны ее великая любовь была жизненным стержнем, и даже ребенок, которого она ждала не смог восполнить утрату смысла ее существования.

Персональная смерть.

В этом случае речь идет о собственной смерти. Психологами введено понятие “траектория освоения смерти”, которая имеет следующие стадии: недоверие, сопротивление, страх, безразличие, желание, успокоение. Каждая из этих стадий имеет свою психологическую и клиническую картину, подробно описанную Е. Kubler– Ross (1969).

В. G. Glaser и A.L.Strauss (1965, 1968), проводившие фундаментальные исследования, посвященные проблеме персональной смерти, относят к ней и так называемую “частичную смерть”. Под этим термином они подразумевают состояние человека, который лишился части своих

органов, членов или функциональных возможностей, например: люди с параличами или парезами, с ампутированными внутренними органами или конечностями. Психодинамически ориентированные психотерапевты относят к частичной смерти потерю самоуважения, значимой работы, невозможность довести до конца дело, которому была посвящена жизнь. Иногда эти потери столь невосполнимы, что человек совершает суицид.

Ярким примером может служить биография Магнуса Гиршфельда — немецкого врача-невролога и сексолога. М. Гиршфельд с 1918 г. возглавлял Институт сексуальных исследований в Берлине и по праву считался одним из основоположников современной сексологии. Его труды были посвящены социально-гигиеническим аспектам сексологии: он пропагандировал всеобщее сексуальное просвещение среди населения и призывал терпимо относиться к гомосексуализму. Особой популярностью пользовалась его монография “История нравов времен первой мировой войны” (1930).

После прихода к власти фашизма он эмигрировал во Францию, потерял любимую работу и перспективу продолжать начатое дело. В скором времени он покончил жизнь самоубийством.

6.1.1. Психологические стадии умирания.

Элизабет Кюблер Росс, по специальности детский врач-психиатр, работавшая на факультете психопатологии Университета Чикаго, изучала проблему смерти и умирания у современного неверующего человека. Она создала свою научную школу и вместе со своими учениками занималась изучением этой проблемы. Она посвятила этому вопросу более 20 лет жизни и написала несколько монографий, ставших классикой танатологии. Многолетний опыт наблюдения и работы в качестве психотерапевта с тяжелобольными и опыт тренировочных семинаров с врачами, медсестрами, священниками был обобщен в книге “О смерти и умирании” (1969, 1977). Элизабет Кюблер Росс констатировала, что психическое состояние, заболевшего смертельным недугом нестабильно и проходит пять стадий:

Первая стадия — стадия отрицания и неприятия трагического факта. Доминирующими в этот период являются высказывания: “Только

не я”, “Не может быть”, “Это не рак” и т.п. У больного растет тревога и напряжение, страх перед будущим. Своеобразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания, активное обследование у различных специалистов с применением новейших параклинических методов диагностики. Больной считает установленный диагноз ошибочным, происходит психологическая подмена диагноза на заболевание, не влекущее за собой роковых последствий.

Другая группа пациентов, узнав о смертельном недуге ведет себя по-иному: они становятся равнодушными, обреченными, бездеятельными. Затем начинают говорить о своем скором выздоровлении. Эта своеобразная психологическая защита снижает мучительную тревогу и напряжение. Однако уже на первой стадии психотерапевты отмечают, что в сновидениях этих пациентов присутствует символика, указывающая на смертельный недуг (образ темного тоннеля с дверью в конце,...).

Вторая стадия — стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, многократные исследования подтверждают наличие фатального заболевания, возникает чувство протеста и возмущения. “Почему именно я?”, “Почему другие будут жить, а я должен умереть?”, “Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел?” и т.п. Как правило, эта стадия неизбежна, она очень трудна для больного и его родственников. В этот период больной часто обращается к врачу с вопросом о времени, которое ему осталось прожить. Как правило, у него прогрессируют симптомы реактивной депрессии, возможны суицидальные мысли и действия. На этом этапе пациенту необходима помощь квалифицированного психолога, владеющего логотерапией, очень важна помощь членов семьи.

Третья стадия — просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но “не сейчас, еще немного”. Многие, даже ранее не верующие пациенты, обращаются со своими мыслями и просьбами к Богу. Приходят начатки веры.

Первые три стадии составляют период кризиса.

Четвертая стадия — реактивная депрессия, которая, как правило, сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Больной понимает, что он умирает. В этот период он скорбит о своих дурных поступках, о причиненном другим огорчениях и зле. Но он уже готов принять

смерть, он спокоен, он покончил с земными заботами и углубился в себя.

Пятая стадия — принятие собственной смерти. Человек обретает мир и спокойствие. С принятием мысли о близкой смерти больной теряет интерес к окружающему, он внутренне сосредоточен и поглощен своими мыслями, готовясь к неизбежному.

П. Калиновский, изучая процесс умирания у верующих христиан отмечал отсутствие у них описанной стадийности и страха смерти. В книге “Переход. Последняя болезнь, смерть и после смерти” (1994) он пишет, что “христиане встречают смерть мирно, а иногда и с радостным нетерпением”.

Л. Н. Толстой в повести “Смерть Ивана Ильича” и в романе “Война и мир” (сцена смерти Андрея Болконского) блестяще описал динамику, психологическое состояние умирающих и их близких.

Американский исследователь К. Osis (1961) проанализировал 35540 наблюдений, сделанных врачами и медицинскими сестрами у постели умирающих больных, которые он получил, разослав свой опросник и получив ответы от 640 медицинских работников. Он выявил, что в последней, 5 стадии, около 10% лиц были в сознании за 1 час до смерти. По сообщениям медицинского персонала пациенты чаще всего испытывали боль, дискомфорт, реже — безразличие, Лишь у 5% наблюдались признаки душевного подъема.

В этот период очень часто наблюдались расстройства восприятия с необычным содержанием, которые чаще всего соответствовали традиционным религиозным представлениям (Рай, Вечный Град, “небеса”, необыкновенные пейзажи и животные и т.п.). Галлюцинаторные переживания, как правило, были яркими, образными и очень напоминали таковые при психоделических переживаниях, вызванных ЛСД или мескалином (С. Гроф, 1993, К. Osis, 1961; R. Noyes, 1971).

Д. Н. Hyslop (1908) и W. Barret (1926) еще в начале века описали специфические галлюцинации умирающих: они видят в основном умерших родственников и знакомых, которые хотят им помочь перейти в потусторонний мир. Причем, эти расстройства восприятия протекают на фоне ясного сознания и носят характер “приведений”. Они показали, что характерные черты этих галлюцинаций не зависят от культуральных,

религиозных и личностных особенностей пациентов. Они так же не коррелируют с медицинским диагнозом и физиологическим состоянием. В подтверждение этого тезиса К. Osip приводит описание “галлюцинаций умирающих”, которые носили характер “приведений” и воспринимались в ясном сознании у больных, не принимающих никаких препаратов, с нормальной температурой и, как правило, не имеющих в анамнезе указаний на органические или психические заболевания.

Описанные стадии – это лишь схема. Далеко не всегда они следуют по порядку, описанному выше. Возможен возврат от 2-й к 1-й стадии, от 3-й ко 2-й. При внезапной смерти эти стадии и вовсе отсутствуют. Однако знания этих закономерностей необходимы психиатрам, психотерапевтам и медицинским психологам для проведения психокоррекционной работы с лицами, страдающими фатальными заболеваниями.

6.2. Страх смерти и психологическая помощь умирающему.

Причина и корни страха смерти биологически и культурально детерминированы. С точки зрения сохранения человеческого рода, страх смерти способствует уменьшению случаев неоправданного риска и преждевременной смерти. По мнению J. Hinton (1872) — это часть человеческой конституции, необходимая для существования индивида. С одной стороны, страх смерти — генетически детерминированный инстинкт, а с другой — плод религиозного и культурального мировоззрения.

Показательно формирование страха смерти у греческого философа Эпикура, описание которой мы находим у А. Меня (1992).

Сын бедного афинского переселенца, Эпикур провел детство на острове Самос, родине Пифагора. Его мать была заклинательницей злых духов. С детства Эпикур сопровождал мать, когда она ходила по домам, воюя с демонами. Все детство его сопровождал ужас от постоянной близости чего-то зловещего и страх смерти. Впоследствии, став известным философом, Эпикур писал: “Если бы нас несколько не беспокоили подозрения о смерти, о том, что она имеет к нам какое-то отношение, а также непонимание границ страданий и страстей, то мы не имели бы надобно-

сти в изучении природы” (Письма и фрагменты. 4,11).

Эпикур прожил долгую жизнь (341–271 г. до н.э.), наполненную болезнями и страхами. Он писал о том, что для обретения спокойствия человек не должен думать о смерти. “Самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как пока мы существуем, смерть еще отсутствует; когда же она приходит, мы уже не существуем”.

Для того чтобы исцелить мир от страхов, Эпикур предложил “четыре веричное лекарство” — тетрафармакон:

- Не надо бояться богов
- Не надо бояться смерти
- Можно переносить страдания
- Можно достичь счастья.

Психологические аспекты истоков формирования как патологического, так и непатологического страха смерти изучались многими психиатрами, психологами и психотерапевтами. Наиболее интересны и имеют большое значение для терапии страха смерти и умирания следующие концепции.

З. Фрейд (в научных трудах до 1920 г.) интерпретировал страх смерти как производное от тревожности, связанной с разлукой или страхом кастрации, которые связаны с предэдиповыми и эдиповыми стадиями развития либидо.

С 1920 г. он радикально изменил свои взгляды и изложил их в книге “Очерки психоанализа”(1938). Помимо инстинкта любви (Эроса) , Фрейд ввел понятие инстинкта смерти (Танатоса). По его мнению борьба между этими силами и лежит в основе психической деятельности человека. Этой точки зрения Фрейд придерживался до конца жизни. Проблемы танатологии были чрезвычайно актуальны для ученого. Из воспоминаний современников, коллег и биографов известно, что он сам страдал танатофобией. Современный индийский философ Бхагаван Шри Раджнеш в своих “Размышлениях об изречениях Иисуса” пишет: “...когда кто-нибудь как-нибудь упоминал о смерти, Фрейд начинал дрожать. Дважды он даже терял сознание и падал со стула только потому, что кто-то говорил о мумиях в Египте. В другой раз Юнг тоже говорил о смерти и трупах, и вдруг Фрейд задрожал, упал и потерял сознание. Если

смерть так страшна для Фрейда, что тогда говорить о его учениках? И почему смерть вызывает такой страх?”. В своих произведениях он неоднократно возвращался к этой теме. Его размышления отражены в следующих трудах: “Тотем и табу”, “Мы и смерть”, “По ту сторону принципа наслаждения”, “Я и оно”, “Мысли на случай о войне и смерти”, “Очерк психоанализа” и других.

Последователь Фрейда, Отто Феникел, основываясь на данных психоаналитической литературы, отрицал наличие феномена “нормального страха смерти” и утверждал, что этот страх скрывает другие подсознательные идеи: страх утраты любви или кастрации, страх перед собственным возбуждением (особенно перед сексуальным оргазмом), страх быть наказанным за пожелание смерти другому.

Карл Густав Юнг, один из лучших учеников З.Фрейда, всеми признанный “наследный принц психоанализа”, впоследствии стал одним из знаменитых отступников психоаналитической теории. В психологическом эссе “О психологии бессознательного” он выразил несогласие с концепцией Фрейда о существовании основных инстинктов — Эроса и Танатоса. Обладая энциклопедическими знаниями мистических традиций, он придавал большое значение духовным аспектам человеческого существования. Совместно со своими учениками Юнг тщательно исследовал психологический смысл и символическое выражение смерти в различных культурах. Он пришел к выводу, что в подсознании мощно представлены мотивы, связанные со смертью, а инстинкт смерти (как и другие инстинкты) имеют не биологическую, а символическую природу.

В разработанной Юнгом психологии индивидуальности в качестве доминирующей силы первой половины жизни рассматривается сексуальность, а второй — проблема приближения смерти. Юнг считал естественным размышления о смерти во второй половине жизни, проявления же повышенной озабоченности этой темой в молодости расценивал как психопатологический феномен.

Проблема страха смерти является центральной в экзистенциальном направлении философии, являющимся базисом экзистенциально-гуманистической психотерапии, которая берет свое начало в философии Серена Киркегора, Мартина Хайдеггера и феноменологии Эдмунда Гус-

серля. Наиболее полно мировоззренческая позиция экзистенциалистов отражена в работе М. Хайдеггера “Бытие и время”(1927). Согласно его концепции, в каждой минуте человеческой жизни неуловимо присутствует осознание собственной бренности и конечности бытия. Хайдеггер пишет: “Жизнь — это бытие, обращенное к смерти”. Осознание смертности трактуется им как основа подлинного существования, открывающего смысл бытия и освобождающего от иллюзий, сопровождающих человека.

С.Киркегор, изучая проблему страхов человека выделил два принципиально различных вида:

- Страх–боязнь — вызывается конкретным обстоятельством, предметом, человеком
- Страх–тоска — неопределенный, диффузный метафизический страх, предметом которого является “ничто”. Он порожден осознанием человеком своей конечности и беззащитности перед фактом смерти.

По мнению М. Хайдеггера, через страх для человека раскрывается последняя из возможностей его экзистенции — смерть.

В экзистенциальном анализе Виктора Франкла, логотерапии, центральное место занимает не проблема конечности бытия, а проблема смысла жизни. На разработку его теории решающее влияние оказал его личный, трагический опыт пребывания в концентрационном лагере. Основной тезис концепции постулирует, что человек стремится обрести смысл и ощущает экзистенциальный вакуум, если это стремление остается нереализованным. Для каждого человека смысл уникален и неповторим и базируется на жизненных ценностях.

В.Франкл выделяет три группы ценностей:

- Ценность творчества, основным путем реализации которого является труд.
- Ценность переживания, наиболее значимой из которой является любовь.
- Ценности отношения, которые Франкл подразделяет на триаду: осмысленное отношение к боли, вине и смерти. Выделение этих ценностей очень значимо при работе с умирающими больными и суицидентами.

Помимо различных мировоззренческих подходов к проблеме смерти, для психиатров очень важным является клинический феномен, известный как **танатофобия** — навязчивый страх смерти, возрастная динамика формирования которого изложена в главе 2, а клиническая картина тревоги и страха в 3 главе.

Страх смерти включает несколько компонентов: страх конечности жизни, страх мучений в конце жизни, страх бытовых проблем, связанных с кончиной (например, организация похорон).

Отношение профессиональных медиков к проблеме курации умирающих больных резко изменилось в 60–е годы после выхода книги Германа Фейфеля “Значение смерти” (1957). В 1968 году в Нью-Йорке была создана организация “Фонд танатологии”, которую возглавил Остин Кучер. В эту организацию вошли помимо медиков писатели, философы, священники и другие специалисты, интересующиеся вопросами танатологии. В 1967 году в Англии доктор Сесилия Сандерс, работающая с онкологическими больными в приюте св. Христофора, основала первый хоспис современного типа. Главным направлением деятельности персонала этого хосписа было стремление сделать все, чтобы пациент полноценно, не испытывая боли, прожил остаток жизни, примирился со своей судьбой и не был одинок и не понят. Слово “хоспис” означает странноприимный дом. Эти дома существовали при монастырях уже несколько веков и служили пристанищем для заболевших пилигримов, шедших в Святую Землю на поклонение (Saunders, 1990).

В 1981 году Всемирная медицинская ассоциация приняла Кодекс прав пациента, где было зафиксировано право пациента на “смерть с достоинством”. В 1988 году английский журналист Виктор Зорза, автор книги “Путь к смерти. Жить до конца”, ставшей своего рода манифестом хосписного движения, приехал в СССР и организовал благотворительное общество “Хоспис”. Первый хоспис был организован в Санкт-Петербурге. Анализируя данные 3–летнего опыта работы главный врач этого хосписа А.В.Гнездилов (1994) констатирует, что помимо методов паллиативной медицины, ориентированных в основном на купирование болевого синдрома, очень важна психологическая и духовная поддержка пациентов, так как более 60% из них имеют психические нарушения.

Среди психотерапевтических методов работы с умирающими больными логотерапия В.Франкла является наиболее адекватным методом. Основной тезис учения В. Франкла сводится к следующему: жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах; смысл жизни всегда может быть создан оживлением трех экзистенциалов человеческого существования — духовности, свободы и ответственности, — даже при фатальном заболевании на пороге смерти. Преодоление экзистенциального вакуума и преобразование трагической триады “страдание–вина–смерть” происходит через наполнение жизни смыслом.

Основные направления деятельности психиатра и медицинского психолога с умирающими больными должны быть сосредоточены на следующих проблемах:

1. Купирование психопатологической симптоматики и расстройств поведения .

Чаще всего у этих больных отмечается реактивная депрессия, невротоподобные состояния, возможны интоксикационные психозы и состояния, сопровождающиеся нарушением сознания, органический психосиндром, а также поведенческие расстройства в виде аутоагрессивных и агрессивных тенденций. Купировать психотические состояния целесообразно психотропными препаратами. При необходимости можно давать больному анксиолитики и антидепрессанты.

2. Психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь.

Чаще всего умирающие больные нуждаются в психотерапевтической помощи, направленной на уменьшение страха умирания и так называемой “смертельной тревоги”, которые часто возникают или обостряются в претерминальной стадии (чаще у неверующих). Смертельная тревога сопровождается выраженными вегетативными проявлениями и синдромами отчуждения, аннигиляции и пребывания в опасности.

Синдром отчуждения характеризуется чувством одиночества, изоляции от окружающего мира и дереализацией. Несмотря на то, что пациенты общаются с окружающими, они

как бы находятся уже в другой реальности, им чужды обыденные разговоры и проблемы.

Синдром аннигиляции выражается в страхе перед наступлением “ничто”, когда Мир будет жить и развиваться, а умирающий исчезнет. Пациенты чувствуют себя обезличенными, не проявляют свою индивидуальность, у них снижается самооценка, они замыкаются в себе.

Синдром пребывания в опасности включает в себя переживание неустранимой опасности для жизни с радикалом агрессии, которая обусловлена осознанием собственной уязвимости и конечности, а также невозможностью что-либо изменить. Танатологи относят этот синдром к деструктивным, так как больные переносят ответственность за свои чувства на окружающих и часто проявляют раздражительность и злобность по отношению к персоналу и близким, в которых они видят врагов. По мнению психодинамически ориентированных психиатров умирающий человек находится на вершине деструктивности, практически теряя разницу между понятием “убивать” и “быть убитым”.

Встав. Посл абзац перед 6.3

3. Духовная поддержка пациента.

Она должна осуществляться не только медицинским персоналом, но и при желании пациента представителями религиозных конфессий. Христианство учит, что смысл жизни заключается в том, чтобы к ее концу стать лучше, чем был. Последняя болезнь может дать человеку эту возможность. Врачи, занимающиеся тяжелобольными, отмечали, что фатальное заболевание часто меняет мировоззрение пациента, а иногда и его характер. Э. Кюблер-Росс совместно со своими сотрудниками издала сборник статей посвященных этой теме, который был назван “Смерть – последняя стадия роста”. В нем были опубликованы истории духовного преображения людей на пороге смерти. У человека, понявшего, что жизнь подходит к концу, остается две возможности - пассивно поджидать смерть или полностью ис-

пользовать оставшееся время для личностного роста. Об этой возможности необходимо говорить с пациентом, используя как психотерапевтические приемы, так и примеры из литературы и жизни замечательных людей. Интересно, что сама Элизабет Кюблер-Росс, один из классиков танатологии пишет, что счастлива была бы умереть от рака, так как она хотела бы испытать духовный рост личности, который приносит с собой последняя болезнь.

Подобные мысли о завершении жизни высказывал и известный врач и писатель В.В.Вересаев . Вот выдержки из его дневника от 13 февраля 1923 г. :

“ Как странно. Смерти я никогда не боялся, страха смерти никогда не мог понять. Но недавно почувствовал: жду ее как большого, поднимающего, ослепительно яркого события. Вовсе не в смысле избавления от жизненной тяготы - жизнь я люблю. Просто сама по себе смерть сияет в сумрачной дали будущего яркою точкой.

А недавно заметил в себе еще вот что. Человек умер неожиданно, сразу, - от разрыва сердца, или трамвай раздавил.

- Хорошо так умереть - без мучений, без ожидания надвигающейся смерти!

Нет, по-моему вовсе не хорошо. Смертные муки... Так ли они страшны? А может быть, при неожиданной смерти мы лишаемся такого блаженства, перед которым ничтожны все смертные муки? “

4. Психологическая поддержка родственников больного.

Прежде всего, необходимо помнить, что родственники умирающего также нуждаются в информации, советах и поддержке. Часто они испытывают острую потребность разделить с кем-либо свои чувства и мысли. Врач должен помочь им понять причины недовольства, раздражительности, гневливости и других негативных реакций больного, которые часто причиняют страдания родным. Кроме того, необходимо помнить о том, что свыше 40% родственников после смерти близкого человека сами заболевают, поэтому превен-

тивные психологические меры по предупреждению развития психических и поведенческих расстройств также крайне необходимы.

6.3. Танатос и жизненный сценарий.

Известный американский психотерапевт, основатель трансактного анализа Эрик Берн (1988) утверждал, что в жизненном сценарии каждого человека есть смерть. Для того чтобы ясно его представить и понять сценарные проблемы, он рекомендует в беседе ненавязчиво вкраплять следующие вопросы.

1. Сколько лет Вы собираетесь прожить?
2. Почему именно столько лет?
 - а) кто умер в таком возрасте?
3. В каком возрасте находятся Ваши отец и мать?
Если они умерли, то когда и в каком возрасте?
 - а) В каком возрасте умер отец Вашей матери? (для мужчин)
 - б) В каком возрасте умерли Ваши бабушки?(для женщин)
4. Кто будет возле Вас, когда вы будете умирать?
5. Каковы могут быть Ваши последние слова?
6. Каковы были последние слова ваших родителей? (если оно умерли?)
7. Что Вы после себя оставите?
8. Что будет написано на памятнике после вашей смерти?
 - а) Что за надпись будет на лицевой стороне?
9. Что бы Вы сами написали на этом памятнике?
 - а) Какая надпись могла бы быть на оборотной стороне?
10. Что станет для Ваших близких сюрпризом, приятным или неприятным, после Вашей смерти ?

Ответ на каждый из этих вопросов несет очень важную информацию для психиатра и психотерапевта и порою может сказать о человеке

и его проблемах гораздо больше, чем многочасовые беседы.

Ответы на первые три вопроса помогают получить информацию об ожидаемой продолжительности жизни и выявить источник формирования страха смерти или иных невротических симптомов. Как правило, женщины в своих предположениях относительно длительности жизни ориентированы на продолжительность жизни матери или бабушки, мужчины — отца или деда. Часто пациентами психиатра оказываются люди, достигшие возраста, в котором не стало их родителей. В этот период у них могут возникнуть кризисные состояния с невротическими страхами, депрессией, соматоформными расстройствами. Для адекватной терапии этих лиц очень важна психотерапевтическая коррекция структуры временных представлений личности, особенно в критические годы.

Ответ на четвертый вопрос о лицах, которые будут стоять у смертного ложа, помогает психотерапевту выявить значимых для пациента людей, а в некоторых случаях выяснить и супружеский сценарий. Известное наблюдение З. Фрейда прекрасно иллюстрирует это. Муж говорит жене: “Если один из нас умрет, то я уеду в Париж”.

В ответе на пятый вопрос о предполагаемых последних словах часто заключен смысл жизни человека. Для психотерапевтической работы с пациентом ответы на эти вопросы являются стержневыми для коррекции иерархии потребностей и жизненного сценария.

Последние действия и слова умирающего полны высочайшего значения. Многие столетия биографы с особой тщательностью фиксируют последние дни и минуты жизни великих людей, считая, что именно в них чаще всего заключены его ключевые желания, мысли и цели.

Приведенные примеры достаточно убедительно иллюстрируют справедливость этих суждений.

- Эмиль Крепелин – целая эпоха в психиатрии. Ученый, создавший концепцию систематики психических заболеваний, основанную на нозологическом принципе. Он впервые ввел в психиатрическую практику экспериментально–психологические и фармакопсихологические методы, автор ряда фундаментальных руководств по психиатрии. За три дня до смерти он закончил редактировать второй том нового, 9

издания “Учебника по психиатрии”, в котором пересмотрел ряд им же ранее высказанных положений, и успел продиктовать предисловие.

- Петр Борисович Ганнушкин, основоположник “малой” или “пограничной психиатрии” перед операцией вычитал гранки и откорректировал ставшую впоследствии классикой психиатрии монографию “Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика” (1933). Книга вышла уже после смерти ее автора.
- Али Ибн Сина (Авиценна) прожил неполные 57 лет. Перед смертью он приказал отпустить всех своих рабов, наградил их, все имущество роздал беднякам. Его последними стихами были:

*“ От праха черного и до небесных тел
Я тайны разгадал мудрейших слов и дел.
Коварства я избег, распутал все узлы,
Лишь узел смерти я распутать не сумел”.*

- Архимед вычерчивал на песке очередное изобретение в то время как в осажденный город ворвались римляне. Когда во двор его дома вбежал воин с обнаженным мечом, ученый продолжал свой труд, успев сказать перед смертью: “Не трогайте мои чертежи”.
- Художник Верещагин рисовал на полях сражений, запечатлевая ужасы войны. Он хотел своими картинами предостеречь человечество от последующих войн. Когда корабль, на котором он находился, подбили в бою, он продолжал рисовать на уходящей под воду палубе.
- Людовик XVI, взойдя на эшафот и увидев после темницы первого живого человека, с которым мог перекинуться словом, спросил у палача: “Братец, а что слышно об экспедиции Лаперуза?” За несколько минут до смерти он еще интересовался географическими открытиями.
- Приговоренный к смерти Сократ за день до того, как выпить яд из чаши, учил какое-то стихотворение. На вопрос удивлен-

ных учеников он ответил: “А когда же еще я успею его выучить?”.

- Чарльз Дарвин умер в возрасте 73 лет. Перед смертью он произнес: “Я ничуть не боюсь умирать”. Он похоронен в Вестминстерском аббатстве рядом с могилой И.Ньютона.
- Последними словами Наполеона были: “Франция... Армия... Авангард”.
- Пушкин умирал долго и мучительно. За 15 минут до смерти он попросил, чтобы к нему подошла жена и покормила его морошкой. Он съел 2 ложки и сказал: “Воды”.
- Последними словами Л.Н.Толстого были: ”Истина... Я люблю много... как они...”.
- Перед смертью Леонардо да Винчи, подводя итоги своей жизни, сказал: “Я думал, что я живу, но я только готовился умереть”.

Немаловажным дополнением для более полного представления о личности пациента и его проблемах являются и ответы на 8 и 9 вопросы, посвященные предполагаемым надписям на надгробном камне. Именно в этих нескольких фразах заключается суть прожитой жизни и часто представления об эпитафии у родственников и пациента не совпадают.

Приведу примеры лишь нескольких эпитафий.

- Артони Ван Левенгук — голландский естествоиспытатель, изобретатель микроскопа, завещал Королевскому обществу 26 своих микроскопов, но никому не сообщил суть своего метода наблюдения. Он до сих пор не разгадан. На могильной плите Левенгука написано: **“Микроскоп, раскрывающий глубины природы, который был сделан им удивительным образом с большим усердием и описан по фламандски, оценен всем миром”**.
- Жан Батист Ламарк, французский ученый–естествоиспытатель, попытавшийся создать строгую теорию эволюции живого мира. Умер в 85 лет в бедности и безвестности. До последнего часа с ним оставалась дочь Корнелия, писавшая под диктовку ослепшего отца. Лишь через 80 лет

после смерти в Париже ему был открыт памятник: на одном из барельефов памятника изображен Ламарк в старости, потерявший зрение. Он сидит в кресле, а его дочь, стоя рядом, говорит ему: **“Потомство будет восхищаться Вами, отец, оно отомстит за Вас”**.

- На могиле Иосифа Бродского стоит простой белый крест с надписью: “Joseph Brodsky” с изломанным профилем розы — авторским рисунком. Ни дат жизни, ни звания Нобелевского лауреата, ни даже определившей его жизнь профессии — поэт.

Ответ на 10 вопрос не часто удается услышать. Люди предпочитают не говорить об этом. Лишь после смерти человека, ознакомившись с завещанием, родственники узнают о его “сюрпризе”.

Альфред Нобель, шведский изобретатель и промышленник, не имевший семьи и детей, завещал свой капитал не многочисленным родственникам, а учрежденному им фонду Нобелевских премий, который ежегодно (с 1901г.) должен был присуждать премии за выдающиеся работы в области физики, химии, медицины и физиологии, экономики, литературы и премии мира. Его родственники пытались в суде оспорить это завещание, требуя посмертной психиатрической экспертизы и вынесения решения о недееспособности А. Нобеля. В качестве основного признака психического расстройства они приводили его увлечение изобретениями орудий и средств, применение которых влекло за собой смерть. Действительно, все многочисленные изобретения шведского химика прямо или косвенно служили умерщвлению людей. Наиболее известные из них — изобретение динамита и электрического стула. Суд не удовлетворил ходатайство родственников. Сегодня Нобелевская премия считается самой престижной в науке.

6.4. Эвтаназия.

В современной биоэтической литературе активно обсуждается вопрос о содействии врачей наступлению смерти у безнадежных, умирающих больных. Одним из центральных вопросов биоэтики является проблема эвтаназии. Эвтаназия (дословно — хорошая смерть) — преднаме-

ренное приближение летального исхода неоказанием медицинской помощи или умерщвлением больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью предотвращения его дальнейших страданий.

Пионерами широкого применения эвтаназии были нацистские медики. В 1939 году под названием “эвтаназия” была запланирована программа уничтожения душевнобольных. За год было умерщвлено 27500 человек (А.А. Асланов, Ю. Шишина, 1970, А.Я. Иванюшкин, Е.А. Дубова, 1984). После второй мировой войны эти действия медиков были признаны преступными. В 1947 году Всемирная медицинская ассоциация признала эвтаназию неэтичной, что было отражено в “Женевской декларации”.

В последнее десятилетие вопросы о добровольном уходе из жизни неизлечимо больных вновь широко обсуждаются как в научной литературе, так и в прессе. Эти дискуссии вызваны не только успехами реаниматологии, которая способствовала расширению пограничной зоны между жизнью и смертью, но и изменением мировоззрения современного человека, который стремится глубже осмыслить и влиять в какой-то степени на последнюю стадию своей жизни — умирание.

В литературе, посвященной эвтаназии вводится жесткое моральное разграничение понятий **активной эвтаназии**, при которой по желанию больного, находящегося в терминальном состоянии или его родственника вводят смертельную дозу препарата или воздуха внутривенно и **пассивной эвтаназии** при которой пациенту не вводят жизненно необходимые препараты.

В рамках пассивной эвтаназии выделяются понятия **ортотаназии** и **дистаназии**. Польский специалист по медицинскому праву Е. Савицкий (1977) так определяет эти понятия: “**дистаназия** — поддержание жизни больного с помощью чрезвычайных, иногда очень дорогих и редких средств или лекарств без которых пациент моментально бы умер. Прекращение этих мероприятий называется **ортотаназией**.”

Что касается активной эвтаназии, то она запрещена практически во всех странах, а в некоторых даже преследуется в уголовном порядке. В Украине, как и в других странах СНГ и Балтии эвтаназия запрещена. Од-

нако, как показывают результаты социологических опросов медицинские работники неоднозначно относятся к этой проблеме.

Социологические исследования, проведенные в 1991–1992 г.г. финским институтом гигиены труда и институтом социологии РАН 316 московских врачей различных специальностей по проблеме допустимости эвтаназии показали, что 35% врачей высказалось за эвтаназию. Причем предпочтение эвтаназии отдали невропатологи, анестезиологи и психиатры. Более молодые врачи проявили больший интерес к проблеме эвтаназии и чаще склонны ее допускать (С. Быкова, Б. Юдин, Л. Ясная, 1994).

Автором данной книги было проведено социологическое исследование 200 врачей–психиатров 3 областей Украины. Среди многочисленных вопросов, направленных на выявление социально–психологических особенностей врачей этой категории был и вопрос об отношении к эвтаназии. 46% респондентов положительно относятся к эвтаназии и только 5% неприемлют ее ни при каких обстоятельствах. Никогда не задумывались над этой проблемой 11% психиатров, не были готовы отвечать на вопрос 25% врачей и 13% не знают, что ответить.

Полученные результаты показали, что вопреки официально провозглашенным юридическим и этическим нормам врачи в различных странах и разных специальностей проявляют большой интерес к этой проблеме, а часть из них склонна допускать эвтаназию. Однако, несмотря на это, в настоящее время в большинстве стран эвтаназия и “ассистированное самоубийство” считаются неэтичными и каждый подобный случай передается широкой огласке и оценке этическими комитетами при медицинских ассоциациях. Примером может служить история доктора Д. Кеворкяна.

Американский врач Джек Кеворкян, получивший прозвище “доктор смерть”, за 5 лет способствовал самоубийству 20 безнадежных больных с помощью изобретенной им “машины смерти”. Эти, получившие огласку факты, вызвали противоречивые отклики у медицинских работников. Некоторые специалисты расценили поддерживаемое врачом самоубийство как более предпочтительный перед активной эвтаназией путь для больного. Их оппоненты выдвигали ряд морально–этических соображений против “ассистированного самоубийства”. Совет по этике и судеб-

ным делам Американской медицинской ассоциации (АМА), рассмотрев многочисленные мнения по этому вопросу вынес следующее решение: “В определенных случаях ассистируемое врачом самоубийство может выглядеть милосердным, однако в связи с возможностью нанесения вреда медицинской профессии оно не может быть оправданным” (N. Hastings, 1995).

6.5. Современная наука о возможности “жизни после смерти”.

Еще десятилетие тому назад постановка вопроса о возможности жизни после смерти в медицинских научных кругах считалась не корректной. Сегодня же в Институте Человека Российской Академии Наук (директор, академик И.Т.Фролов) разработана программа фундаментальных научных исследований в рамках проблемы человековедения, один из разделов которой посвящен именно этой теме.

Проблема жизни, смерти, бессмертия относится к числу вечных тем. Теологи, философы, антропологи, культурологи, а также специалисты других направлений многие тысячелетия пытаются разрешить ее. Но толчком к возобновлению интереса к этой проблеме в медицинском мире стали вышедшие в 1975 и 1977 годах книги доктора философии и психолога врача Раймонда А. Моуди “Жизнь после жизни” и “Размышления о жизни после жизни”, в которых он впервые, как профессионал, описал динамику психического состояния лиц, перенесших клиническую смерть.

О переживаниях умирающих было известно очень давно. Писатели, философы, поэты, теологи описывали изменение ментального состояния лиц, соприкоснувшихся со смертью. Однако Моуди открыл новую страницу в изучении резервных возможностей человеческого организма и сделал попытку с научной точки зрения подойти к одной из вечных проблем возможности “жизни после смерти”.

В этих книгах он анализировал данные о трех группах людей:

- переживания людей, у которых врачи констатировали смерть (т.е., перенесших состояние клинической смерти)

- отчеты пациентов, которые были на грани физической смерти в результате несчастных случаев и ранений
- отчеты людей, которые были у смертного одра умерших, рассказавших им о своих переживаниях на пороге смерти.

Интересно, что идея изучения этой проблемы появилась у него еще в студенческие годы, когда в 1965 году он услышал на лекции рассказ профессора философии о собственном опыте умирания и его воспоминания о периодах клинической смерти. Через несколько лет необразованная, пережившая клиническую смерть старая женщина описала ему практически те же переживания, о которых говорил профессор.

Моуди собрал данные о 150 лицах, причем более 50 человек из первой и второй группы были подробно опрошены лично автором, специалистом в области медицины и психологии. Большая часть опрошенных сожалела о том, что они не могут передать то особое чувство, которое они испытали при помощи человеческого языка.

Анализ рассказов умирающих позволил Моуди описать типичную схему последовательности субъективных переживаний пациентов, переживших клиническую смерть. Больные слышали отдельные фразы или же целые диалоги медицинского персонала, обсуждающих их состояние. Многие из них ощущали мир и спокойствие, слышали странные звуки (шумы, жужжание, щелчки, рев, звон, свист, хлопки), перезвон колокольчиков, “волшебную музыку”. Необычайно часто пациенты описывали ощущение полета сквозь темное закрытое пространство (воронку, пещеру, туннель, цилиндр, долину, желоб или сточную трубу). После этого многие пациенты переживали явления выхода из своего физического тела и отделение от него, то есть декорпорацию. В этот период перед ними проходила вся жизнь, многие встречались с покойными родственниками и друзьями, с невиданным ранее “Светящимся существом”, от которого исходила особая любовь и душевная теплота. Далее во многих сообщениях описывалось чувство достижения границы или предела и ...возвращение.

Отношение к возвращению было различным: от сожаления до благодарности. Особое сожаление о своем возвращении высказывали люди, встретившиеся со “Светящимся существом”. Опыт соприкосновения со

смертью практически всегда оказывал влияние на дальнейшую жизнь человека. Французский психиатр Патрик Дьюаврин, изучавший лиц, перенесших клиническую смерть, отмечает изменение мировоззрения этих пациентов: у них появляется интерес к философской и духовной литературе, меняется иерархия ценностей, кардинально изменяется отношение к жизни и смерти. Они стали ценить каждый прожитый день и то что происходит “здесь и сейчас”. Эти люди становятся более уравновешенными, умиротворенными, употребляют меньше алкоголя и лекарственных препаратов, чем до болезни, многие события в жизни приобретают для них особую значимость. В психиатрии этот феномен известен под названием “вновь приходящего опыта”. Его вызывали экспериментальным путем, пропуская ток через введенные в мозг электроды.

Ярким примером переживания необычного состояния сознания является описанный в автобиографии эпизод из жизни швейцарского психолога, психиатра и психотерапевта Карла Густава Юнга, который он изложил в книге “Воспоминания, сновидения, размышления” (1994).

“В начале 1944 года я сломал ногу, после чего со мной случился инфаркт. Когда я лежал без сознания, у меня был бред и видения, – должно быть, это началось, когда я находился на пороге смерти: мне давали кислород и вводили камфору. Картины были столь ужасны, что мне уже казалось – я умираю. Моя сиделка потом говорила мне: “Вы были как будто бы окружены светом”. Подобные явления иногда наблюдают у умирающих. Я достиг какого-то предела, и не знаю, был ли это сон, или экстаз. Во всяком случае, со мной начали происходить очень странные вещи.

Мне казалось, что я нахожусь высоко в небе. Далеко внизу, в чудесном голубом свете, я увидел земной шар. Я видел материки, окруженные темно-голубым пространством океана. У ног моих лежал Цейлон, впереди – Индия. В мое поле зрения попадала не вся земля, но ее округлая форма отчетливо различалась, и серебристые контуры ее блестели сквозь этот чудесный голубой свет. Во многих местах шар казался пестрым или темно-зеленым, как оксидированное серебро. Слева вдали

широкой полосой протянулась красно-желтая Аравийская пустыня, казалось, будто серебро принимает там золотисто-красный оттенок. Еще дальше я видел Красное море, а далеко-далеко сзади, “в крайнем левом углу” я смог различить краешек Средиземного моря. Мой взгляд был направлен главным образом туда. Остальное все было неотчетливо. Я видел также снежные вершины Гималаев, но они были скрыты туманом. “Вправо” я не смотрел вовсе. Я знал, что собираюсь отправиться куда-то далеко от земли.

Потом уже я узнал, как высоко нужно находиться, чтобы видеть такое огромное пространство: на полторатысячечетровой высоте! Земля с такой высоты – самое удивительное и волшебное зрелище из всего, что я когда-либо видел.

Но через некоторое время я отвернулся. Я стал, скажем так, – спиной к Индийскому океану и лицом к северу. Но потом мне показалось, что я повернулся к югу. Нечто новое возникло в моем поле зрения. В некотором отдалении я увидел огромный темный камень, похоже, это был метеорит величиной с дом, а может и больше. Как и я, он парил в космосе.

Похожие камни я видел на побережье Бенгальского залива. Это был темный гранит, который идет на постройку храмов. Мой камень был из такого гранитного блока. В нем был вход, и он вел в маленькую прихожую. Справа от входа на каменной скамейке сидел в позе лотоса черный индус. Он был весь в белом, и он был совершенно неподвижен. Он ожидал меня. Две ступеньки вели сюда. Слева, на внутренней стене, находились храмовые ворота. Я увидел множество крошечных отверстий-углублений, каждое было наполнено кокосовым маслом, и в каждом стоял горящий фитиль. Они окружали дверь, образуя кольцо ярких огней. На самом деле я однажды уже видел это, в храме Святого зуба, в Канди (Цейлон), дверь в храм была окружена несколькими рядами масляных ламп.

Когда я приблизился к ступенькам, со мной случилась странная вещь: у меня возникло чувство, что все, что было со

мною прежде – все это сброшено. Все, что я планировал, чего желал и о чем думал, вся эта фантазмагория земного существования вдруг спала или была сорвана, и это было очень больно. И все же что-то осталось: все, что я когда-либо пережил или сделал, все, что со мною случилось – все осталось при мне. Я мог бы сказать: это было со мной и это был я. Это было то, что меня составляло, это была моя история, и я чувствовал, что это и есть я. “Я – это все, что со мною происходило, и все, что я совершил”. – Этот опыт принес мне ощущение крайнего ничтожества и – в то же время – великой полноты. Не было более ничего, в чем бы я нуждался или чего бы я желал – ведь я уже прожил все, чем я был. Сперва мне казалось, будто во мне что-то уничтожено, будто у меня что-то отнято. Но потом это прошло бесследно. Я не жалел о том, что у меня отнято. Наоборот: со мною было все, что меня составляло, и ничего другого у меня быть не могло.

Но меня занимало и нечто иное: когда я приблизился к храму, у меня возникла уверенность, что я сейчас войду в освещенную комнату и встречу там всех тех людей, с которыми я действительно связан. Там я, наконец, пойму, – в этом я тоже бы уверен, – что я собой представляю, каков мой исторический контекст. Я узнаю, что было прежде меня, зачем явился я, и что это общий поток, которому принадлежит и моя жизнь. Моя жизнь часто казалась мне историей без начала и конца. Я ощущал себя каким-то фрагментом, отрывком текста, который ничто не предвляло и за которым ничто не следует. Мою жизнь словно вырвали из некой цепи, и все мои вопросы остались без ответа. Почему все случилось именно так? Почему я пришел именно с этими мыслями, а не с другими? Что я сделал с ними? Что из всего этого следует? Я был уверен, что все узнаю, как только войду в каменный храм. Я узнаю, почему все произошло так, а не иначе. Я встречу там людей, которые знают ответы, – знают о том, что было прежде и что будет потом.

Пока я обо всем об этом размышлял, случилось нечто, из-за чего я вынужден был отвлечься. Снизу, оттуда, где была Европа, явился вдруг некий образ. Это был мой доктор, вернее, его лик в золотистом нимбе – словно в лавровом венке. Я его тотчас узнал: “А, это же мой доктор, тот, что меня лечил. Только теперь он явился мне в облике базилевса – царя Коса. Привычный мне образ был лишь временной оболочкой. Теперь же он явился в своем изначальном облике”.

Видимо, я тоже пребывал в своем изначальном облике, – хотя я не мог видеть себя со стороны, я не сомневался, что так оно и есть. Когда он предстал передо мною, между нами произошел безмолвный разговор. Мой доктор был послан с земли с некой вестью: это был протест против моего ухода. Я не имел права покидать землю, и я должен был вернуться. Как только я осознал это, видение прекратилось.

Я был глубоко разочарован: теперь все стало казаться мне бессмысленным. Напрасно я с такой болью освобождался от всех своих иллюзий и привязанностей, и мне уже не позволено будет войти в храм, и я не узнаю тех, с кем мне надлежит быть.

В действительности прошло еще добрых три недели, прежде чем я окончательно вернулся к жизни.

После болезни у меня начался период плодотворной работы, Большое количество принципиальных для меня работ было написано именно тогда”.

Анализ переживаний больных, соприкоснувшихся со смертью, и выводы, сделанные доктором Моуди, побудили целый ряд ученых к проверке полученных данных, ибо они противоречили общепринятым в медицине взглядам и у ряда исследователей возникли сомнения в реальности полученных результатов. В дальнейшем научная достоверность описанной Р. Моуди динамики ментального состояния у лиц, переживших клиническую смерть, была подтверждена исследованиями доктора психологии из США Кеннетом Рингом, который со своими сотрудниками в течении 13 месяцев разыскал и проанализировал случаи клинической

смерти и пришел к выводу о существовании феномена, описанного Моуди, который впоследствии был назван “феномен НДЕ” (феномен около-смертельного опыта — near death experience). В результате клинико-психопатологического анализа воспоминаний 102 больных, переживших клиническую смерть, доктор К. Ринг выявил следующее:

- 60% больных испытывали особое чувство покоя и умиротворения;
- 37% — выход из физического тела и ощущение парения над ним;
- 26% — наблюдали панорамное видение;
- 23% — ощущали полет в темном пространстве (туннель, цилиндр, колодец и т.п.);
- 16% — видели “Светящееся существо”;
- 8% — встречались с умершими родственниками.

Примечательно, что аналогичные переживания описывались пациентами из различных стран, исповедующими различные религии или атеистами, имеющими различный жизненный и профессиональный опыт.

Подтверждение реальности “феномена НДЕ” было получено и американским кардиологом Сейбом, который изначально очень скептически отнесся к концепции Моуди и с целью ее опровержения провел анкетирование медицинского персонала реанимационной службы штата Флорида. Полученные результаты полностью подтвердили правильность проверяемой гипотезы и настолько потрясли Сейба, что всю свою дальнейшую жизнь он посвятил изучению “феномена НДЕ” и даже разработал 10-ти ступенчатую модель состояния клинической смерти, названную впоследствии его именем.

В настоящее время “феномен НДЕ” активно изучается учеными, по данным которых около 30% пациентов, переживших клиническую смерть, находились в состоянии НДЕ. В 1981 году организована международная ассоциация по изучению “феномена НДЕ”.

Неоднократно предпринимались попытки объяснить симптомы, сопровождающие НДЕ, с точки зрения биологической модели медицины, ориентирующейся на сугубо физиологическую и биохимическую интерпретацию фактов. При наступлении клинической смерти наступает ги-

поксия мозга, вследствие чего происходит кислородное голодание, в том числе и различных рецепторов, каждый из которых однотипно, но специфически реагирует на ишемию. Зрительные рецепторы — вспышками яркого света; слуховые — ощущениями, напоминающими шум, звон, свист, шорох, вестибулярные — ощущения полета, падения, стремительного вращения по замкнутому пространству.

Впоследствии гипоксия мозга может компенсаторно усилить работу корковых нейронов, следствием чего может быть поток воспоминаний или обманы восприятия.

С точки зрения психологии феномен изменения временных и пространственных отношений может быть объяснен наличием у человека особых механизмов временной децентрации, т. е. "способности взглянуть на свою жизнь с любого ее хронологического момента, порой даже — с точки зрения момента, выходящего за границы собственной жизни." Такая децентрация предполагает возможность переноса временного центра от момента хронологического настоящего в любой момент хронологического прошлого.

Временная децентрация, как правило, сочетается с децентрациями восприятия (изменение центра перцептивного пространства) и мышления (способность перехода от одной частной точки зрения к другой) (Ж. Пиаже, 1969г).

По мнению Е. И. Головахи и А. А. Кроник (1984), благодаря механизмам децентрации человек способен к "объемному видению" каждого момента жизни с точки зрения любого другого момента, а также целостному осознанию своего жизненного пути.

Психодинамически ориентированные психиатры пытаются объяснить "феномен НДЕ" с точки зрения психоаналитической концепции.

З. Фрейд выдвинул идею, согласно которой для поддержания жизни человека необходимы психологические защитные механизмы, действующие как барьер на пути раздражителей. Основываясь на этой гипотезе, О. Pifister (1930) сделал психодинамический анализ предсмертных переживаний и пришел к выводу о психодинамических механизмах шоковых мыслей и фантазий, которые, по его мнению, возникают у человека в момент смертельной опасности и, действуя как защитные механизмы,

спасают его от сверхсильной психотравмы.

По мнению О. Pifister, смертельная опасность способствует включению сразу нескольких защитных механизмов. Один — это иллюзия, что опасность преодолима. Истинное положение вещей при этом искажается. Другой — обострение способности регистрировать все свои ощущения.

Когда реально бороться с ситуацией человек уже не может, ориентировка в реальности теряет психологический смысл и на первый план выходят подавляемые ранее фантазии. Воспоминания из прошлой жизни, переживания типа “дежа вью”, представления о будущем рассматриваются автором как защитное искажение действительности. Крайней формой бегства от реальности О. Pifister считает бегство в трансперсональное переживание (рай, небеса и т.п.), что с позиций психоанализа является “регрессией в океаническую благодность перинатального существования”. Он рассматривает переживания при соприкосновении со смертью, как “блестящую победу иллюзии над реальностью”.

В книге известного трансперсонального психолога Станислава Грофа и доктора философии, медицинского антрополога Джоан Хэлифакс “Человек перед лицом смерти” (1996) описано еще одно уникальное психоаналитическое исследование, опубликованное психоаналитиком R.C.A. Hunter (1967). За 2 часа до несчастного случая он провел очередной психоаналитический сеанс 34 летней психически и физически здоровой медицинской сестре, долгое время до этого проходившей у него курс психоаналитической терапии в связи с межличностными проблемами, возникшими у нее с мужем.

После окончания психоаналитического сеанса она поехала к зубному врачу, который диагностировал прикорневой абсцесс и назначил ей пенициллин, таблетку которого медсестра и приняла у него в кабинете. Через 20 минут, во время поездки с мужем домой в автомобиле у нее развился отек гортани с последующей потерей сознания. Она была доставлена в больницу в состоянии клинической смерти, где и была выведена из анафилактического шока. На следующий день она приступила к работе и смогла обсудить свои переживания во время психоаналитического сеанса с психотерапевтом. Между двумя сеансами прошло всего 22 часа, за которые пациентка приобрела опыт переживания умирания.

Проанализировав рассказ пациентки, R.C.A. Hunter выявил те же защитные механизмы, которые были описаны O. Pifister. Основываясь на трехстадийной классификации переживаний умирания R. Noyes (1972), он описал следующие закономерности динамики течения ментальных процессов:

- на первой стадии — стадии сопротивления, когда человек осознает смертельную опасность, у него появляется кратковременная реакция страха, которая сменяется отрицанием угрозы;
- на второй стадии — происходит обзор событий жизни с преимущественной фиксацией на счастливых моментах или периодах жизни или на ситуациях кризиса, которые благополучно разрешились;
- третья стадия — трансцендентности — сопровождается бегством в трансперсональные переживания.

Таким образом, по мнению психодинамически ориентированных психотерапевтов, в основе “феномена НДЕ” лежат психодинамические механизмы шоковых мыслей и фантазий, которые играют роль защитных механизмов в момент смертельной опасности.

Динамика “освоения смерти” у лиц, переживших процесс соприкосновения с ней в результате неожиданно возникших несчастных случаев иная. Первое научное исследование в этой области было проведено не медиком, а Швейцарским профессором геологии Альбертом Хеймом, который сам пережил несколько трагических случаев в Альпах и неоднократно беседовал и читал отчеты сорвавшихся со скал и оставшихся в живых альпийских скалолазов.

В течение 25 лет после своего собственного, почти фатального, падения он собирал, обобщал и обрабатывал также и отчеты людей различных других специальностей, оставшихся в живых после экстремальной ситуации. Результаты этой работы были доложены им в 1882 году на заседании Швейцарского альпийского клуба и опубликованы в ежегоднике этого клуба под названием “Замечания по поводу падений, опасных для жизни”. В своем докладе Хейм обратил внимание на то, что приблизительно 95% исследуемых им лиц переживали аналогичное ментальное

состояние в минуты приближающейся смерти. Эти переживания были однотипны и не зависели ни от образования, ни от возраста, ни от причины экстремальной ситуации.

Спустя 90 лет, профессор психиатрии Университета штата Айова доктор Noyes R. (1971, 1972), проанализировав множество отчетов и рассказов людей, соприкоснувшихся со смертью, с психологической и психиатрической точек зрения подтвердил гипотезу Альберта Хейма о типологическом единстве и характерной последовательности смены ментального состояния у этой категории людей и описал феномен околосмертельного опыта (НДЕ).

Он выделил 3 стадии переживаний, через которые проходят люди, находящиеся под внезапно возникшей угрозой смерти

1 стадия — сопротивление. На этой стадии происходит осознание смертельной опасности, возникает чувство страха и тревоги, появляется осознание неотвратимости конца. В этот период у человека максимально мобилизуются физические и умственные способности, его действия максимально эффективны, его силы направлены на собственное спасение. Их деятельность осознанна, воля к жизни и страх смерти придают им силы. В момент осознания неотвратимости конца все бурные чувства, страх исчезают, появляется умиротворенность и безмятежность.

2 стадия — обзор жизни. Человек перестает активно сопротивляться неминуемой гибели и начинает как бы со стороны наблюдать за происходящим. Многие из переживших процесс соприкосновения со смертью отмечали ощущение выхода из тела и говорили, что они спокойно наблюдали, как тело движется к гибели. Параллельно с этим возникали панорамные воспоминания о самых ярких и важных событиях в жизни. Обзор жизненных событий имел разнообразную хронологическую последовательность, очень часто присутствовали яркие воспоминания детства. У большинства лиц этот обзор сопровождался положительными эмоциями, чувством необыкновенного спокойствия или экстаза, гораздо реже были зафиксированы негативные эмоции.

3 стадия — трансцендентности — является естественным продолжением стадии обзора жизни. Но все события видятся во все возрастающем отдалении и могут достичь такого положения, при котором чело-

век одновременно видит всю жизнь как единое целое. Затем умирающий испытывает особое духовное состояние, которое обозначается как “мистическое, трансцендентальное, космическое” сознание. Американский психолог, один из лидеров гуманистической психологии, создатель иерархической теории потребностей Абрахам Маслоу (1908–1970) назвал это состояние “пиковым переживанием”. Оно сопровождается изменением восприятия, утратой чувства пространства и времени, ощущением духовного возрождения и единства со всеми людьми, природой, миром и Богом.

С точки зрения традиционной психиатрии мистические переживания расцениваются как психопатологические и считаются признаком психотического процесса. А. Maslow (1964) показал, что “пиковые переживания” относятся к категории “ выше нормы, а не ниже или вне ее”. Катанез людей, имеющих подобный мистический опыт показал их положительный личностный рост , “самоактуализацию” и “самореализацию”.

Весьма интересны субъективные переживания лиц, совершивших суицидальные попытки и оставшихся в живых. Психиатр Ленглипортерского психоневрологического института в Сан–Франциско Rosen D. описал переживания 7 из 8 пациентов, оставшихся в живых после прыжка с моста “Золотые ворота” в Сан–Франциско. Этот мост называют “мостом самоубийц”, так как с момента его открытия в 1937 г. зарегистрировано около 1000 случаев прыжков в Тихий океан, многие из которых завершились фатально.

Rosen D., проанализировав отчеты о переживаниях выживших, обнаружил их поразительное сходство: все они во время и после прыжка переживали измененное состояние сознания с утратой чувства пространства и времени, а также ощущали духовное возрождение и единение с человечеством, всем миром и Богом. Однако, в отличие от трех стадий, описанных Noyes R , у суицидентов отсутствовала стадия борьбы и сопротивления; воспоминания о прошлых событиях и обзор жизни были редуцированы или отсутствовали. Стадия трансцендентных переживаний была ярко выражена. Rosen D. связывает эти особенности с тем, что лица, планирующие самоубийство, уже пережили стадии сопротивления и

обзора жизни на этапе принятия решения.

Проведя катамнестическое наблюдение за этими пациентами, он выявил положительную динамику в эмоционально–волевой сфере, отметил пробуждение или усиление духовных чувств, новое, оптимистическое восприятие мира и жизни, уменьшение аутоагрессивных тенденций.

В этой главе в основном проанализированы исследования психиатров, психологов и психотерапевтов. Безусловно, что эта тема требует комплексного изучения в рамках междисциплинарных программ. Однако уже сегодня можно сказать, что для оказания адекватной психиатрической и психологической помощи умирающим людям, потребность в которой возрастает с каждым годом, необходимо изучение танатологии как отдельного раздела психиатрии и медицинской психологии.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что танатология подчеркивает чрезвычайную ценность жизни. Она стремится улучшить ее качество, особенно той ее части, которая называется умиранием. Она стоит на стороне лучшей смерти, а не смерти как первичной цели. Люди хотят принимать участие в собственной судьбе, в том числе и вопросах своей смерти или хотя бы иметь выбор информированного сотрудничества.

Заключение

На пороге XXI века происходит процесс активного переосмысления системы глобальных приоритетов и ценностей в области психического здоровья человечества. То, что еще недавно считалось неоспоримым и незбылемым, в конце уходящего века уже не является самоочевидным. Меняется лицо и суть психиатрии. Активно идет процесс, когда психиатрический диагноз в узком смысле утрачивает свое значение, а на первый план выходят такие факторы, как личность пациента, его мировоззренческие позиции и установки, религиозные предпочтения, социокультуральные особенности его бытия и уровень социальной адаптации. Сегодня целью терапии лиц с психическими и поведенческими расстройствами является не только купирование психопатологической симптоматики, но и улучшение качества жизни пациента в новой реальности.

Произошли кардинальные изменения в структуре и распространенности психических и поведенческих расстройств в мире. В большинстве стран в последней четверти XX века около 5-7% населения страдает психотическими и 15-23% - пограничными психическими расстройствами. С 1990 по 1993годы в 15 экономически развитых странах средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических заболеваний увеличился в 10 раз. При этом, число психозов возросло только в 3,8 раза, а количество неврозов и других пограничных расстройств - почти в 60 раз.

По данным выборочных исследований на территории бывшего СССР в период с 1930г. по 1991г. показатель распространенности всех форм психических и поведенческих расстройств возрос в 8 раз. Характерно, что первичная заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами увеличивалась в критические периоды истории государства. Так, в России с 1991 по 1996годы интенсивный показатель заболеваемости неврозами вырос на 33,6%. Эта группа пациентов состояла, в основном, из лиц, пострадавших от военных и стихийных бедствий, аварий и катастроф, впавших в бедность и нищету, ставших вынужденными мигрантами, утративших работу и смысл жизни. За этот же период число завершенных суицидов увеличилось в 1,6 раза и составило 41,4 на 100 тыс. населения. По прогнозам НЦПЗ РАМН, при сохранении кризисной ситуации число лиц с психическими и поведенческими расстройствами,

возникшими в результате стресса, составит в ближайшие годы в России 10 миллионов человек (Петраков Б.Д., 1995; Казаковцев Б.А., 1998).

Исследователи Гарвардской школы здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения, в сотрудничестве с более чем 100 специалистами всего мира, разработали модель состояния здоровья для всех регионов мира с проекцией до 2020 года (J.L. Murray, A.D.Lopez, 1996). Они прогнозируют, что в последующие два десятилетия произойдут кардинальные изменения в состоянии здоровья населения мира, среди которых выделяют рост психических и поведенческих расстройств (особенно депрессивных). По данным исследователей из десяти ведущих причин инвалидности в мире уже в 1990 году пять составляют психические и поведенческие расстройства. Это униполярная депрессия, алкоголизм, биполярное аффективное расстройство, шизофрения и обсессивно-компульсивное

расстройство. Среди причин смерти в первой пятёрке депрессивные расстройства и самоубийства. Кроме того, увеличится количество пациентов гериатрического профиля и число лиц с труднокурабельными заболеваниями (ВИЧ-инфекция, онкологические болезни), которые будут нуждаться в психолого-психиатрической помощи.

Приведенные выше статистические выкладки убедительно свидетельствуют о том, что проблема кризисных состояний во всем ее многообразии является одной из центральных на рубеже веков и требует мультидисциплинарного подхода к ее разрешению. Очевидна необходимость развития нового направления исследований, а возможно и новой науки - **кризисологии**. Этот процесс предполагает выход психиатрии за ее традиционные рамки в соседние, родственные области – медицинскую психологию, социологию, суицидологию, танатологию, философию, религиоведение. В свою очередь, это потребует принципиально нового подхода к теории и практике психиатрии, а также новых подходов в сфере образования специалистов в области психического здоровья. Хочу подчеркнуть – именно в области психического здоровья, а не болезни, ибо приоритетной задачей этого направления должна стать разработка технологий первичной профилактики кризисных состояний.

Актуальность и острота проблемы психического здоровья человека в современном мире настолько велики, что нередко сами перспективы человеческого существования связываются с успехами научных разработок этих проблем в XXI веке..

Заканчивая свою монографию, я не могу не вспомнить слова Президента Всемирной Психиатрической Ассоциации, профессора психиатрии Женевского Университета Нормана Сарториуса (1997): «Требует-

ся множество изменений в сегодняшней мировой медицинской практике. Необходим перелом в психологии работников здравоохранения, исследователей и пациентов. Требуется другое преддипломное и постдипломное обучение, другое воспитание и дома, и в обществе. Если мы будем делать все, что мы можем, и убедим других поступать так же, то уже при нашей жизни может произойти множество изменений».

В день окончания работы над этой монографией до конца 2тысячелетия и XXвека оставалось 500 дней.

500 дней до 3 тысячелетия , XXI века и....эры профилактической психиатрии ?

Summery.

Professor L.N. Yurieva's monography is dedicated to very important and pressing issues of modern psychiatry: clinical picture, diagnosis, treatment and prevention of crisis states. Not limitivly herself with the narrow psychiatric position borders, the autor touches upon a whole range of problems that previously have not been sufficiently discussed in psychiatric literature of this country.

The first chapter is dedicated to reviewing causes of crisis state development. Special attention is paid to the role of social and personality factors in crisis state genesis at the present stage of development of postsoviet state systems. The emphasis is laid on the following macrosocial factors: alteration of the national motivation, socio-cultural transformations resulting in changed social consciousness and identity crisis, anormy. While considering personality factor, the author pays special attention to the problem of frustration of fundamental personality requirements.

The second chapter is dedicated to the crises of a person's age periods. The description of psychologic peculiarities of all age periods goes along with discussion of the problems characteristic for these periods; these are the problems that underlie anxiety, fears and suicides. This chapter also deals with the dynamics of the development of a person's attitude towards death and the development of the dread of death.

The third chapter is dedicated to the clinical picture, diagnosis and treatment of reactions to severe stress and adaptation development of grief reaction within adaptation disorders is described, step by step therapeutic (pharmacologic and psychotherapeutic) measures are suggested.

The fourth chapter presenting the author's original study is based on psychological and clinical research carried out on the population of the Chernobyl accident liquidators. Due to complex clinico-psychologic phenomena were revealed.

Technogenic catastrophe time orientation distortions: duration of past has been transformed into psychologic present, "existence horizons" and zone

of psychologic future are narrowed, psychologic age of the liquidators is much bigger than the physiologic age.

The fifth chapter is dedicated to suicidology issues. Factors sanctioning and limiting suicidal behaviour have been analyzed and picked out proceeding from multidisciplinary approach. The author's descriptions of suicide-threatening states met in various psychic and behavioural disorders and principles of therapeutic management of these states appear to be useful for a practicing psychiatrist or narcologist.

The sixth chapter deals with the problems of thanatology are viewed upon in psychologico-psychiatric aspects. It is for the first time that these problems are discussed in the psychiatric literature of this country, though these problems appear to be the key ones for understanding pathogenesis, treatment and prevention of crisis states.

Vast literary findings are generalized in this chapter, various points of view are presented, nontraditional for classic psychiatry problems are touched upon. The problems that are of the utmost significance for successful psychotherapy and psychocorrection of crisis states are dealt with at length.

The monography is supplied with numerous illustrations taken from fiction and famous people biographies.

Список литературы.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- (Руководство для врачей).- Ростов-на-Дону.: Феникс, 1997.-С.224-235.

Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии - М., 1978.- С. 40 – 52.

Амбрумова А.Г. Личность. Психология одиночества и суицид // Актуальные вопросы суицидологии.- М.,1988.- С.69-81.

Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // XII съезд психиатров России.- М.,1995.- С.28-29.

Архипов В.В. Посттравматические стрессовые расстройства в структуре психической патологии у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС./ Социальная и судебная психиатрия: история и современность./ сборник научных трудов/. М.: РИО ГНЦСиСП им. И.П.Сербского, 1996.- С. 227-230.

Ахмеров Р.А. Биографический тренинг при кризисах середины жизни.// LIFELINE и другие новые методы психологии жизненного пути / Под ред.А.А.Кроника.- М., 1993.- С.140-151.

Бачериков Н.Е., Згонников П.Т.Клинические аспекты суицидологии //Клиническая психиатрия.- К.: Здоровья, 1989.-С.456-465.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы.-М.: Прогресс, 1988.-С.277-283, 380.

Борисов С.Б. Символы смерти в русской ментальности // Жур. Социологические исследования .- 1995 , №2 , - С. 58 - 63.

Бхагаван Шри Раджнеш. Горчичное зерно. Размышления об изречениях Иисуса.- Пуна, Индия, 1974, СИ.

Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).- М.: МГУ, 1984.-200с.

Введение в психотерапию / Под ред. С. Блоха.- Амстердам-Киев.: Сфера, 1997.- С.116 –136.

Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - Санкт-Петербург, 1994.- 1.- С. 175-178.

Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности.- К.:Наукова думка, 1984.-207с.

Гроф С. За пределами мозга.-М.:Изд-во Трансперсонального Института, 1993.-С.157-220.

Гроф С., Хэлифакс Д. Человек перед лицом смерти.- М.:Изд-во Трансперсонального Института, 1996.-244с.

Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). М.: Мысль, 1994.- С.286.

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков.- Л.: Медицина, 1988.- 248с.

Иванюшкин А.Я., Дубова Е.А. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы //Вестник Академии Медицинских наук. М.: Медицина, 1984.-6.- С. 72-77.

Исаев Д.Н. Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакции детей на процесс умирания //Журн. обозрение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.-1992.-2. -С. 17-28.

Казаковцев Б.А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России // Материалы международной конференции психиатров. М., 1998.-С. 15-22.

Калиновский П. Переход (Последняя болезнь, смерть и после смерти).-СПб.:Издательство Чернышева, 1994.-С.151-283.

Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // Сумерки богов.- М.: Политиздат, 1989.- С.222-319.

Каннабих Ю. История психиатрии.-М.: ЦРТ МГП ВОС, 1994.-С. 495-505

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия.- М.: Медицина, 1994.- Т.1 – 2.

Клиническая психиатрия: Пер. с англ./ Под ред. Т.Б.Дмитриевой.- М., 1998.-С.

Клинические особенности пограничных нервно- психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / В.А. Рудницкий,

В.Я. Семке, О.А.Васильева, М.М.Аксенов // XII съезд психиатров России .- М., 1995.- С. 171-172.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей.-М.: Медицина, 1979.- 608с.

Кроник А.А.,Ахмеров Р.А. LIFELINE в школе, или как помочь детям справиться с “ударами судьбы”// LIFELINE и другие новые методы психологии жизненного пути / Под ред.А.А.Кроника.- М., 1993.- С.43-59.

Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина.- 1983.- 208с.

Макаров С. И., Сухинская Л.А., Татаревский Э.А. Биографическое исследование лиц, отбывающих наказание за совершенное уголовное преступление (учебное пособие), вып.2 , Днепрпетровск, 1991.- 32с.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.-Санкт-Петербург: Адис, 1994.-С.131-170.

Моуди Р. Жизнь после жизни. Исследование феномена продолжения жизни после смерти тела.- Обнинск, 1991.- 96с.

Мюллер – Лиер Ф. Социология страдания. – Москва-Ленинград, 1935. – С.12-24.

Некоторые закономерности формирования невротических и психосоматических расстройств на отдаленных этапах техногенных катастроф.(Г.М.Румянцева ,А.В.Грушков , М.О.Лебедева с соавт.,) // XII съезд психиатров России .- М., 1995.- С. 172 - 174

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.-М, МГУ, 1987.-С 7-28, 118-155.

Нюттен Ж. Мотивация // Экспериментальная психология./ Под ред. П.Фресс и Ж.Пиаже.- М., 1975.- Вып. 5. – С.15 -109.

Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России.- М.,1995.- С.98-99.

Пилягина Г.Я. К проблеме самоубийств на Украине // Материалы международной конференции психиатров. М., 1998.-С. 93.

Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая

психиатрия.- 1994.-3,- С.108-116.

Положий Б.С. Культуральные аспекты психического здоровья населения России// Материалы XII съезда психиатров России .- М., 1995.- С.102-103.

Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества //Социокультуральные проблемы современной психиатрии (Материалы 8 научных Кербиковскиж чтений).- М.,1994.- С.-88-94.

Полтавец В.И., Белинская М.К. Проблеми психіатрії, пов'язані з релігійним бумом в Україні кінця 80-х – початку 90-х років // Вісник Асоціації психіатрів України.-Київ, 1994.- 2.-С.7-19.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.- М.: Экспертное бюро-М., 1997.-С.164-236.

Право умирающего человека на прекращение жизни.//JAVF, октябрь, 1992.- С. 52.

Психические расстройства у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС (И.Р.Семина , А.В.Елисеев , Е.М.Райзман и др.) //XII съезд психиатров России .- М., 1995.- С.176 - 177.

Ржичан П. Возможности биодромальной диагностики личности. Психодиагностика в социалистических странах. Психодиагностический бюллетень.- 1983.-Вып.7.-С.5-14.

Румянцева Г.М, Мартюшов А.Н., Грушков А.В. Динамика психической дезадаптации населения, пострадавшего от аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. - М.,1993.- С.268 - 274.

Руффин Г.// Клиническая психиатрия под ред. Груле и др. Пер. с нем.-1967.- С.780-805.

Рязанцев С. Танатология - наука о смерти.- Санкт-Петербург.:Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1994.-с.87-258.

Сартр Ж.П. Экзистенциализм - это гуманизм // Сумерки богов.- М.: Политиздат, 1989.- С.319-345.

Сединина Н.С., Осетрова В.И. Клиническая динамика психических нарушений у лиц, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. // XII съезд психиатров России .- М., 1995.- С. 175-176.

- Селье Г.** Стресс без дистресса.: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1979. – 124с.
- Семичев С.Б.** Теория кризисов и психопрофилактика // Ленингр. науч.- исслед. Психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева. Сессия: Труды.- Л., 1972.- Т. 63.- С 96-99.
- Сикорский И.А.** Основы теоретической и клинической психиатрии с кратким очерком судебной психологии. - Киев, 1910. - С. 441-442.
- Собчик Л.Н.** Стандартизованный многофакторный метод исследования личности.- М., 1990,- 45с.
- Старшенбаум Г. В.** Психотерапия острого горя //Соц. и клин. психиатрия.-1994.- 3. - С.73-77
- Старшенбаум Г.В.** Формы и методы кризисной психотерапии.: Методические рекомендации.-М., 1987.-20с
- Татевосян А.С.** Суицидальность-концептуальная точка зрения // Стрессология-наука о страдании.-Ереван.: Изд-во Мегполис, 1996.- С.54-64.
- Тейяр де Шарден П.** Феномен человека.- М.: Наука, 1987.-С.219.
- Франкл В.** Человек в поисках смысла.- М.: Прогресс, 1990.- 366с.
- Фрейд З.** Введение в психоанализ. Лекции: Пер. с нем.- М.: Наука,1989.- 455с.
- Фрейд З.** Мы и смерть.- Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт Психоанализа,1994.- С. 13-27.
- Фрейд З.** По ту сторону принципа наслаждения.- Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт Психоанализа,1994.- С. 27-87.
- Фрейд З.** Психология бессознательного: Сб. произведений.- М.: Просвещение, 1989.- 448с.
- Фрумкина Р.** Аномия.// Знание - сила.- 1996.-9.- 69-79.
- Харди И.** Врач, сестра, больной.-Будапешт, 1977.-С.203-208.
- Хомик В.С.** Психотерапия, ориентированная на реконструкцию будущего.// LIFELINE и другие новые методы психологии жизненного пути / Под ред.А.А.Кроника.- М., 1993.- С.152-171.
- Шавердян Г.М.** Страх и тревога. // Стрессология-наука о страдании.-Ереван.: Изд-во Мегполис, 1996.- С.103-117.
- Шнейдман Э.** Десять общих черт самоубийств и их значение для

психотерапии // Хрестоматия по суицидологии.-Киев.: А.Л.Д., 1996.- С.177-183.

Экологические катастрофы и проблемы психического здоровья . (Г.М.Румянцева , Т.М.Левина , М.О.Лебедева и др.).Социальная и судебная психиатрия : история и современность (сборник научных трудов). - М.,1996.- С.242 - 245.

Эриксон М. Мой голос останется с вами: пер. с англ.-СПб.: Петербург-XXI век, 1995.-С.37.

Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В.А.Тихоненко.- М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П.Сербского, 1996, - С. 6-18.

Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления.-Киев: Air Land, 1994.- С. 287 – 289, 295 – 322.

Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. – М.: Прогресс, 1994.- С.185-204.

Юрьева Л.Н. Дифференциальная диагностика психопатий и акцентуаций характера у лиц призывного возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук.- М., 1987.

Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.- Киев, 1996.-146с.

Юрьева Л.Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины // Вісник Асоціації психіатрів України.-Київ, 1998.- 1.-С.9 –15.

Юрьева Л.Н., Каракчиева В.Е. К вопросу о профилактике суицидального риска среди врачей-психиатров // Киев, 1998.- С.

Alexander J.E., Adelstein A.M. Affective response to concept of death in population of children and early adolescents.-In: Death and identity / ed. R. Fulton. New York: John Wiley and Sons, 1965, P. 111.

Arnold M. Emotion and Personality.- N.Y.: Columbia University Prese, 1960.- P.269-270.

Back K.W. Metaphors as test of personal philosophy of aging.-In: Normal aging II Ed. by E. Palmore. Durham (N.C.): Duke Univ. press, 1974.- P. 201-207.

Caplan G. Emotional crises.- In: The encyclopedia of mental health.

N.Y., 1963, vol. 2, p. 521-532.

Diez J.A., Vicen P.T., Saiz L.S. The burnout syndrome in mental health workers // X World Congress of Psychiatry.- Madrid, 1996.- Vol.2.- P.356.

Erikson E.N. Childhood and society (2nd ed.).- New York: Norton, 1963.-P.23-40.

Erikson E.N. Identity: Youth and crisis- New York: Norton, 1968.- P.11-23..

Furman R. Death and the young child.- Psychoanal. Stud. Child., 1964.- Vol. 19.- P. 321-333.

Gartley W., Bernasconi M. The concept of death in children // J. Gen Psychol.- 1967.- Vol. 110.- P. 71-79.

Glaser B.G., Strauss A.L. Aware of Dying. Aldine.- Chicago, 1965.

Glaser B.G., Strauss A.L. Aware of Dying. Aldine.- Chicago, 1968.

Gray J.A. The Neuropsychology of anxiety.- Oxford. New York, 1982.-P.35-40.

Hagglund T.B. Dying. - Helsinki Univ., 1967.- 138p.

Hastings Center Report, May- June, 1995.-Pp. 8-27;36-45.

Herrera C.R., Francos A.D., Martin J.J. et al. The burnout syndrome workers of general hospital // X World Congress of Psychiatry.- Madrid, 1996.- Vol.2.- P.356.

Hilgard E. R., Atkinson R.C. Introduction to psychology.- N.Y.Chicago: Harcourt,Brace & World, 1967.-686p. ,

Hinton J. Dying. - Aylesbury: Hunt Barnard a. Co., 1967.- P.23-45.

Hinton J. Dying. Htnguin Books Australia Ltd, Ringwood, Victoria, Australia, 1972.- 220 p.

Hoehn-Saric R. Neurotransmitters of anxiety // Arch. Gen. Psychiatry.- 1982.-Vol.39. - P.735.

Hoff L.A. People in crisis: understanding and helping.- Menloparc (Calif.): Addison- Wesley publ. C, 1978.- 336p.

Inhelder B., Piaget J. The early growth of logic in the child.- New York: Harper a. Row,1964.-P 12-45.

Jacobson G.F. Programs and techniques of crisis intervention.- In: American handbook of psychiatry./ Ed. by S. Arieti - N.Y., 1974, P. 810-825.

- Kandel E.R.** From metapsychology to molecular biology // Am. J. Psychiatry.- 1983.-Vol.140.- P.1277.
- Kastenbaum R.J.** Death, society and human experience.St.Louis: Mosby Co.,1981.- 113p.
- Kisker G.W.** The disorganised personality.- N.Y.: McGraw Hill, 1972.- 562p.
- Koocher G.P.** Talking with children about death // Am.J.Orthopsychiat.,1971.- Vol.144.-N 3.-P.404 - 414.
- Kubler-Ross E.** Death does not exist. The Coevolution Quarterly. Summer, 1977.
- Kubler-Ross E.** On death and dying. N.Y.,1969.
- Lindermann E.** Symptomatology and management of acute grief.- American journal of psychiatry, 1944, vol.101, No 2,P. 141 - 148.
- Maslow A.H.** Motivation and personality (3rd ed.).- New York: Harper and Row, 1987.-P.11-24.
- Maslow A.H.** Toward a psychology of being (2nd ed.).- New York: Van Nostrand, 1968.-P.32-45.
- Maslow A.N.** Motivation and personality. - N.Y.: Harper & Brothers, 1954.- 411p..
- Maurer A.** Maturation of the conception of death // J. Med. Psychol., 1966.-Vol. 39.-P. 35 - 48.
- May R.** The meaning of anxiety.- N.Y., 1951.- P. 7-23.
- McIntire M.S. et. al.** The concept of the death in Midwestern children and youth // Am. J. of Dis. of **Children**, 1972.-Vol. 123.- P. 527 - 532.
- Melges F.T.** Time and Inner Future// A temporal approach to psychiatric disorders.- N.Y.: Wiley, 1982.-345p.
- Miller B. M.** Children's reactions to the death of a parent. // J. Am. Psychoanal. Ass., 1971.-Vol. 19.-P. 697.
- Nagy M. H.** The children theories concerning death // Gen. Psychol., 1948.- Vol. 7 .- P. 3 - 27.
- Pattison E.M.** The living-dying process / Psychosocial care of the dying patient / Ed. Ch. A. Garfield. New York, 1978.-P. 133-168.
- Rank O.** The trauma of birth. - New York : Robert Brunner , 1952.- P.34-67.

Saunders C. Hospice and palliative care an interdisciplinary approach.- London., 1990.

Simonet I. Le comportements sexuels en France // Regards sur l'actualité , 1993.- N 184 - 185,- P. 95 - 112.

Terune W.B. Forms of anxiety. – N.Y., 1953.- P.13-24.

Tilich P. Courage to be New Haven.- London, 1952.- P.44.

Weisman A.D.Thanatology /Comprehensive textbook of psychiatry, 1976, vol.2, P.1748-1759.

Wolff S. Children under stress. - Harmondsworth: Penguin Books , 1973.- 284 p.

Оглавление.

БЛАГОДАРНОСТИ.....	Ошибка! Закладка не определена.
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ.....	7
1.1. Роль социальных факторов в генезе кризисных состояний.....	9
1.2. Роль личностного фактора в генезе кризисных состояний.	15
ГЛАВА 2. КРИЗИСЫ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.....	20
ГЛАВА 3. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ.....	34
3.1. Преодолевающее поведение.	34
3.2. Тревога и страх.	36
3.3. F43. РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ.	43
ГЛАВА 4. ТЕХНОГЕННЫЕ КАТАСТРОФЫ И ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ЛИЧНОСТИ.....	56
4.1. Психологический портрет ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС (по данным экспериментально–психологических исследований).....	58
4.2. Особенности психокоррекционной работы с лицами, пережившими техногенные катастрофы.	71
ГЛАВА 5. СУИЦИДОЛОГИЯ.	74
5.1 Социально–демографические факторы суицидального риска. ..	76
5.2 Личностные факторы суицидального риска.	80
5.3. Медицинские факторы суицидального риска.	82
5.4. Суицидальное поведение при шизофрении.....	83
5.5. Суицидальное поведение при аффективных расстройствах настроения.	85
5.6. Суицидальное поведение при расстройствах личности.	88

5.7. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.	91
5.8. ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ.....	100
ГЛАВА 6. ТАНАТОЛОГИЯ (ПСИХОЛОГО–ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ).	106
6.1. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ.	108
6.2. СТРАХ СМЕРТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УМИРАЮЩЕМУ	113
6.3. ТАНАТОС И ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ.....	121
6.4. ЭВТАНАЗИЯ.	125
6.5. СОВРЕМЕННАЯ НАУКА О ВОЗМОЖНОСТИ “ЖИЗНИ ПОСЛЕ СМЕРТИ”..	128
SUMMARY	144
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.	146
ОГЛАВЛЕНИЕ.	155