

УДК 616.89-008.444.1–178.1

Ш97

Автор:

Шустов Дмитрий Иванович — профессор, заведующий кафедрой психиатрии Рязанского медицинского университета им. И. П. Павлова

Шустов Д. И.

Ш97 Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 207 с.

ISBN 978-5-299-00760-2

В монографии с позиций доказательной медицины получает дальнейшее развитие концепция алкогольной зависимости как аутоагрессивного заболевания. Описывается клиника суицидальных и несуйцидальных (семейных, профессиональных, соматических и др.) форм алкогольной аутоагрессии, а также определяется вклад преморбидной личности и ее детского травматического опыта в становление и реализацию этих форм. Исследуется особая роль патологического сценария как части жизненного пути алкоголика, а также определяются способы его активной психологической коррекции. В монографии приводятся детальные описания современных психотерапевтических методик лечения алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения.

Монография будет полезна психологам, психиатрам-наркологам, психотерапевтам и социальным работникам, а также всем тем, кто по роду своей деятельности или в силу личных причин сталкивается с непростыми вопросами алкоголизма и самоубийства.

УДК 616.89-008.444.1–178.1

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	5
Введение	6
Глава 1. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия	11
Глава 2. Аутоагрессивность: теория и представленность в клинике	20
Глава 3. Суицидальное аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости	31
Алкогольные суициды	31
Теории суицидогенности алкогольной зависимости	35
Клиника суицидального поведения при алкогольной зависимости	40
Алкогольный завершённый суицид	42
К теории завершённого суицида: структурный и функциональный анализ суицидального состояния психики через исследование посмертных записок	50
Сравнительный анализ предсмертных писем суицидентов и парасуицидентов	55
Алкогольные парасуициды	66
Глава 4. Несуицидальное аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости	79
Метод психотерапевтического интервью для выявления аутоагрессивных тенденций в психике	97
Группа семейной аутоагрессивности	103
Группа соматической аутоагрессивности	107
Группа с выраженным рискованным поведением	111
Группа с антисоциальным поведением	116
Группа с аутоагрессией в профессиональной сфере	119
Группа с двойным диагнозом	124
Аутодеструктивные сценарии зависимых от алкоголя лиц	129
Глава 5. Лечение аутоагрессивного поведения	139
Существующие подходы к профилактике и терапии аутоагрессивного поведения	139
Профилактика и лечение алкогольного аутоагрессивного поведения	141

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	143
Диалектическая бихевиоральная психотерапия	143
Терапия внутренних голосов (Voice Therapy)	145
Психодинамические подходы	146
Лечение, основанное на ментализации	149
Трансакционный анализ в терапии алкогольной аутоагрессии	150
Как работают антимортальные методики в комплексной психотерапии алкогольной зависимости	172
Заключение. Сильнее жизни	177
<i>Приложение 1. Опросник для выявления витальных и антивитальных тенденций</i>	<i>180</i>
<i>Приложение 2. Предсмертные письма суицидентов</i>	<i>185</i>
Литература	190

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ААС	—	алкогольный абстинентный синдром
АЗ	—	алкогольная зависимость; алкогольно зависимые
АКАТ	—	метод аффективной контратрибуции
АП	—	аутоагрессивное поведение
АРе	—	адаптивный ребенок
АСоц	—	антисоциальное поведение
БА	—	больные алкоголизмом
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВР	—	воспитывающий родитель
В	—	взрослый
ДАД	—	двойной аутоагрессивный диагноз
ДБТ	—	диалектическая бихевиоральная психотерапия
ЕАТА	—	Европейская ассоциация ТА
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
КА	—	классическая аутоагрессия
КБТ	—	когнитивно-бихевиоральная психотерапия
КН	—	комплекс напряжения
КР	—	контролирующий родитель
КР	—	комплекс релаксации
МКБ	—	Международная классификация болезней
МШП	—	манипуляционно-шантажные парасуициды
НС	—	несчастный случай
ПА	—	профессиональная аутоагрессия
ПАВ	—	психоактивные вещества
Р	—	родитель
РА	—	рискованная аутоагрессивность
Ре	—	ребенок
СА	—	семейная аутоагрессивность
САХ	—	скрытые акцентуации характера
СоМА	—	соматическая аутоагрессивность
СООМ	—	система обманных оправдательных мероприятий
СРе	—	свободный ребенок
ТА	—	транзакционный анализ
УРТ	—	условно-рефлекторная терапия
ЦНС	—	центральная нервная система
DSM	—	диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
MBT	—	лечение, основанное на ментализации (mentalization-based treatment)
PDQ	—	диагностический тест личностных расстройств (Personality Disorder Questionnaire)
SIS	—	субшкала предосторожности

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность алкогольной зависимости в Российской Федерации из года в год продолжает оставаться на стабильно высоком уровне, достигая едва ли не эпидемических размеров. Стабильно высокими остаются и показатели смертности от причин, прямо или косвенно связанных со злоупотреблением алкоголем. Так, по данным официальной статистики, около 12 % всех смертей в нашей стране связано с употреблением алкоголя (Кошкина Е. А., Павловская Н. И., 2012), а количество потребленного алкоголя на душу населения, чрезвычайно высокое в России, ассоциируется как с общей, так и с алкогольной смертностью (Немцов А. В., 2009; Немцов А. В., Шельгин К. В., 2012). Четвертую часть (25 %) алкогольной смертности составляет насильственная смертность (в общей популяции — 7,4 %): от агрессивных и аутоагрессивных актов, несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий (Гольдштейн Р. И., 1985; Пелипас В. Е. [и др.], 1995). Считают, что злоупотребление алкоголем лежит в основе более чем 60 типов заболеваний и повреждений. Например, имеется прямая причинно-следственная связь между злоупотреблением алкоголем и раком пищевода, раком и циррозом печени, убийствами. В США 65 % убийств было совершено под воздействием спиртного (Берковитц Л., 2007), а также по причине эпилепсии и дорожно-транспортного травматизма (Degenhardt L. [et al.], 2008). В настоящее время доказано, что употребление алкоголя и психоактивных веществ провоцирует суицидальное поведение, причем на уровне зависимости риск совершения суицида в 5 раз выше (Harris C., Barraclough B., 1997).

Среди популяции суицидентов доля больных алкоголизмом, рассчитанная с использованием метода психологической аутопсии, составляет от 30–43 до 60 % (Henriksson M. M. [et al.], 1993; Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С., 1980); 68 % мужчин и 29 % женщин, завершивших суицид фатально, имели критерии алкогольного злоупотребления и зависимости (Kolves K. [et al.], 2006). Наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего возраста (Жариков Н. В. [и др.], 1997).

Исследования жизненного риска совершения суицида (Inskip H. M., Harris C., Barraclough B., 1998) свидетельствуют, что

при алкоголизме этот риск составляет 7 %, превышая таковой у больных с аффективными расстройствами (6 %) и шизофренией (4 %). Около 40 % людей, обратившихся за антиалкогольным лечением, сообщали хотя бы об одной суицидальной попытке в анамнезе (Roy A., 2003).

И все же, несмотря на столь удручающую картину, алкогольная зависимость (АЗ) даже академически не рассматривается как потенциально смертельное заболевание с соответствующими профилактическими и терапевтическими подходами, а многочисленные исследования смертельной алкогольной проблематики скорее отражают факторы интоксикации, нежели динамику самого заболевания и личностную аутодеструктивную предрасположенность.

В пользу существования предрасположенности к завершению жизни «досрочно» пациентами с АЗ свидетельствует ряд данных.

Во-первых, феномен коморбидности высвечивает связь между алкоголизмом и личностной почвой. Аутодеструктивные личностные расстройства, такие как пограничное и диссоциальное, в клинической картине которых ведущее место занимает импульсивность в виде деструктивных экстр- и интрапунитивных «отыгрываний» гнева, обиды и ярости, нередко сосуществуют с АЗ. Причем суицидальный риск при коморбидности превышает риск при индивидуальных расстройствах (Rossow I., Lauritzen G., 1999; Conner K. R. [et al.], 2003).

Во-вторых, прогрессивное течение АЗ способствует развитию различного рода кризисных ситуаций, из которых в условиях алкогольного когнитивного сужения и «алкогольной близорукости» (Steele C. M., Joseph R. A., 1990) пациенты не находят социально приемлемых выходов и прибегают к так называемым аварийным выходам из тупика — «уходу в безумие», гомициду, суициду, бегству, виктимным формам реагирования и саморазрушения, в лучшем случае — рабочеголизму (Hailberg G., Sefness W. R., Berne E., 1963).

В-третьих, воспитание будущих алкоголиков зачастую происходит в дисфункциональных «алкогольных» семьях, так что с самого раннего возраста, без какого-либо намека на критику будущие алкоголики «наследуют» семейные деструктивные стереотипы поведения, а также разрушительные и несовместимые с личностной гармонией родительские «послания» относительно их (детей) ненужности и ущербности (Berne E., 1964; Steiner C., 1974). Формирование патологических форм привязанности к родителям, в особенности дистанцирование, может в дальнейшем обуславливать нарушения коммуникации и феномен прерывания всяческих эмоциональных связей¹, наблюдающийся непосредственно перед само-

¹ Break-off relations.

убийством (Wolk-Wasserman D., 1986). Находясь в семьях АЗ, дети подвергаются эмоциональному, сексуальному и физическому насилию, приводящему к диссоциативным расстройствам, что является основой для алкогольного расщепления личности, виктимного и аутоагрессивного поведения (Najavits L. M., 2002).

Описанные здесь феномены представляют собой не только средовые, но и генетические факторы (наследование предрасположенности к импульсивности и дефициту серотонина и норадренергических синапсов, патологии привязанности, дисфункционированию системы дофамина в зоне вознаграждения и ее связи с ранним травматическим детским опытом). Генетические факторы приобретают особую значимость при сочетании АЗ и большой депрессии (Conner K. R. [et al.], 2003), а суицидальный риск при этом сочетании превышает суицидальный риск при депрессии и АЗ в отдельности (APA, 2003). Также и токсическое действие алкоголя приводит к многочисленным депрессивным расстройствам настроения, в особенности на фоне алкогольного абстинентного синдрома (Sher K. J., Grekin E. R., 2007).

Аутоагрессивное поведение, понимаемое как осознанное и неосознанное стремление к преждевременной смерти и/или причинению себе увечий не только в физической, но и других сферах психологической, социальной и духовной жизни, реализуется через классические и неклассические проявления в условиях алкогольной зависимости.

Традиционно к классическим проявлениям относят завершённые суициды, парасуициды (суицидальные попытки), суицидальные тенденции (обдумывание плана суицида, действия по его реализации), самоповреждения и токсические передозировки спиртного.

К неклассическим проявлениям относят формы патологического поведения зависимых от алкоголя, такие как промискуитет и подвергание себя опасности заражения сифилисом и ВИЧ, употребление технических жидкостей и суррогатов алкоголя, аутоагрессивное манипулирование автотранспортом в состоянии опьянения, алкогольное криминальное поведение и тому подобное.

Многие исследователи стремятся выделить и особый суицидогенный тип алкоголизма, например, с ранним началом, базальным серотониновым дефицитом и антисоциальным поведением (Cloninger C. R. [et al.], 1988; Buydens-Branchev L. [et al.], 1989), ассаульгативный мужской алкоголизм (Berglund M., Tunving K., 1985) и женский мультимпульсивный алкоголизм (Evans C., Lacey J. N., 1992). Авторы предлагают специфические условия их наблюдения и диспансеризации, которые, несомненно, оправданны, если учесть имеющийся повышенный риск фатального суицида в группе пара-

суицидентов. Но специфика суицидального поведения при алкогольной зависимости состоит еще и в том, что большое число больных завершает летально первую попытку самоубийства, не высказывая прежде антивитальных намерений (Modestin J., 1986; Nielsen A. S. [et al.], 1993). Поэтому если практикующий психиатр-нарколог обособляет в своем сознании только лишь суицидоопасную группу пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе, то это приводит не только к признанию факта их плохой курабельности, стимулируя терапевтический нигилизм, но и к недооценке и недодиагностированию других больших групп пациентов, у которых аутоагрессивность представлена пока лишь фактом интенсивной алкоголизации.

Прекращение алкоголизации (в том числе и терапевтически обусловленное) снижает риск повторной суицидальной попытки, однако наиболее распространенные методы лечения алкогольной зависимости не только оставляют без внимания аутоагрессивную патогенетическую основу, но и сами по себе становятся условно-приемлемым звеном патогенеза заболевания, направленного на получение увечья или приводящего к смерти. Сердцевиной многих отечественных психотерапевтических методик является запрет употребления спиртного под страхом смерти. С этой целью используются различные варианты: эмоционально-стрессовая психотерапия по В. Е. Рожнову (1996) и кодирование по А. Р. Довженко (1984), имплантация препарата эспераль, метод аффективной контратрибуции — АКАТ (Крупичкий Е. М., Гриненко А. Я., 1995), формирование на фоне употребления алкоголя крайне неприятных психофизиологических ощущений (УРТ — условно-рефлекторная терапия алкоголизма, алкоголь-антабусные реакции, гипнотерапия). Однако эти методики «опосредованной психотерапии»¹, широкодоступные, относительно простые в применении, никоим образом не касаются хронических психических травм и аутоагрессивной мотивации алкогольной зависимости. В наиболее негативном виде они

¹ «Опосредованная психотерапия» предполагает использование сугубо запретительных формулировок, вырабатывающих у пациентов опасения неминуемых тяжелых расстройств здоровья вплоть до смертельного исхода в случае употребления ими алкоголя... Несмотря на такой „негуманный“, на первый взгляд, способ добиться подавления влечения и обеспечить длительное воздержание от алкоголя за счет страха его употребления, пациенты охотно идут на эти методы, не рассчитывая на собственные возможности» (Энтин Г. М. [и др.], 1995). В настоящее время психотерапевтические методы, основанные на внушении, — предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения — с некоторыми оговорками рекомендованы Ассоциацией наркологов России (2014) для лечения синдрома зависимости.

лишают человека адаптивного варианта поведения — алкоголизации, ничего не предоставляя взамен. В момент кризиса или стресса, когда активизируется наиболее употребимый больными алкоголизмом выход через самоубийство, алкогольный эксцесс на фоне неснятого кода или имплантированного препарата может представлять собой вариант завуалированного, а иногда и вполне осознанного суицида. Вместе с «кодом» и запретом больному алкогольной зависимостью — потенциальному самоубийце — вручается средство достижения быстрой смерти, продолжительных страданий и шантажа родственников. Иногда и менее одиозные психотерапевтические вмешательства, такие как условный контракт, предлагающий зависимым медикам продолжать практику при отсутствии в пробах мочи следов алкоголя и наркотиков (в случае положительных проб в лицензионную комиссию автоматически направляется заявление, подписанное самим зависимым, с просьбой о лишении лицензии), приводили к череде манипулятивных суицидов у врачей, лишенных лицензии (Crenshaw R. [et al.], 1980). Поэтому нам представляются важными разработка и широкое внедрение в наркологическую практику дополнительных терапевтических методов и подходов, направленных на прояснение антивитальных тенденций в психике больных алкогольной зависимостью с учетом направления и клинического полиморфизма аутодеструктивных форм поведения.

Перед вами второе издание книги. Первое было опубликовано в 2005 г. под названием «Аутоагрессия, суицид и алкоголизм». Данное издание дополнено новыми материалами и расширено за счет более детального описания и классифицирования международных психотерапевтических техник работы с алкогольными аутоагрессантами. Новые материалы, полученные автором и его учениками, уточняют структуру алкогольного деструктивного сценария жизни в контексте личностной типологии. Больше внимание в этой книге мы уделим описанию техник и достижений транзакционного анализа — психотерапевтического метода с доказанной по критериям Американской психологической ассоциации эффективностью для лечения личностных расстройств (Horn E. V. [et al.], 2014), рекомендованного для лечения синдрома зависимости Ассоциацией наркологов России (2014).

Пользуясь случаем, автор хотел бы выразить благодарность своим коллегам и ученикам, разделяющим его взгляды на алкогольную аутоагрессию и психотерапию: Т. В. Агibalовой, Н. М. Вольнову, Д. Н. Киселеву, А. В. Меринову, С. А. Новикову, О. Д. Тучиной, П. В. Тучину, И. А. Федотову, Е. А. Шитову, Л. Н. Юрченко.

ГЛАВА 1

АУТОАГРЕССИВНОСТЬ И ИЛЛЮЗИЯ БЕССМЕРТИЯ

Если нет бессмертия, то весь мир —
насмешка над человеком.

Ф. М. Достоевский. *Идиот*

Ничто не имеет смысла перед бездной смерти. Только в собственной психике человек находит убежище перед небытием. Психика предоставляет ему уникальную возможность не верить в собственную физическую и духовную смерть — *иллюзию бессмертия* (Ламонт К., 1984). Что стоит за фактом осознания смерти? Бессмысленность существования и самоубийство?

Многие авторы пытаются найти ответы на два вопроса, которые, по мнению суицидологов, смогут пролить свет на феномен самоуничтожения: «почему?» и «зачем?». Ответ на первый вопрос призван высветить причину суицида, на второй — что человек хотел сказать этим поступком. Все сходятся на мысли, что суицид противоестественен и требует превенции, а человек, совершивший его и выживший, должен быть, следовательно, подвергнут принудительной психотерапии. Трудно оспаривать этот взгляд, поскольку он соответствует тем силам в нашей психике, которые противопоставляют осознанию факта бессмысленности жизни перед лицом всепоглощающей идеи смерти. Это тем более противоестественно, что столкнувшийся с суицидом взрослый или ребенок становится как бы «помеченным» смертью — *осведомленным* о такой возможности — и, по статистике, может вскоре ею воспользоваться. В медицине это принято называть синдромом Вертера.

Но что изменится в нашем понимании, если представить суицид как вполне *естественное* действие, как простую форму смерти? Это не будет означать одобрения каждого следующего самоубийства, но позволит выявить несколько иной взгляд на психотерапию и превенцию. Не «почему?» и «зачем?», а что позволяло этому человеку жить так долго? Что сломалось в психике, что преврати-

ло малозначимую причину («почему?») в существенную («зачем?»), вследствие чего люди приобрели новое, нерадостное знание о мире?

Почему самоубийство может быть простой формой смерти?

Смерть имеет свой темп. Для большинства людей (медиков в том числе) этот темп смерти вполне очевиден и понятен в соматической сфере: от быстрых злокачественных форм болезней, как острый лейкоз, до постепенного старческого маразма. В сфере психического имеется свой, менее очевидный темп смерти. Он определяется так называемой аутоагрессивностью, высшей точкой которой является самоубийство. Аутоагрессивностью называют намеренную (осознаваемую или неосознаваемую) активность, направленную на причинение себе вреда в физической и психической сферах (Агазаде Н. В., 1989). Аутоагрессивность пронизывает все сферы человеческой жизнедеятельности, являясь, по сути, полномочным представителем Ее Величества Смерти. К клиническим формам можно отнести выбор рискованных специальностей (летчик-истребитель, водолаз или гонщик), биопсихологические пристрастия — болезни зависимости (переедание, дипсо-нарко-химииотабакомании), психологическую склонность к получению травм и увечий, постоянную вовлеченность в несчастные случаи (один пациент трижды переворачивался в автобусе), психологию жертвы — акцепцию насилия. Можно выделить мягкие и крайние формы аутодеструктивности. Первые социально приемлемы (любые формы культурного пьянства). Вторые социально неодобряемы (выходка психопата и удар лезвием по собственному запястью), социально непонятны (суицид шизофреника или больного с депрессией), социально неприемлемы (самоубийство психически и физически здорового человека).

Телесный темп смерти детерминируется генетическими программами (Roy A., 1986), регулируемыми продолжительностью жизни вообще, психический темп также программируется психологически (например, жертвы сексуального насилия в детстве, не чувствующие ценности своего тела, дети родителей-самоубийц, рожденные жертвы неудавшегося аборта и др.). Существуют и биопсихологические программы, где разрушение тела «разрешается» и обосновывается генетически, например, при наследственной болезни Леша — Нихана или при наследственных формах эндогенных депрессий (особенно «аутодеструктивен» нарушенный обмен серотонина). Что следует из этого перечисления? Может быть, нет людей, рассчитанных на бессмертие, все люди получают аутодеструктивную программу и все дело в пропорции смешения биологического и психологического — так, чтобы аутодеструктивные формы были очевидны до степени суицида или завуалированы и «заморо-

жены» во времени, как при старческом маразме? Самый низкий темп аутодеструктивности можно было бы назвать беспроблемной жизнью. Это «субклинический» темп. Никому и в голову не придет печалиться по только что обрезанному ногтю или удаленному коренному зубу; психологически в возрасте десяти лет мы помним о себе пятилетних гораздо подробнее и полнее, чем будучи тридцатилетними.

Возможно, самоубийство или самоистребление естественно (сверхвысокий темп) с той точки зрения, что «целью всякой жизни является смерть» (З. Фрейд). В своих работах «Мы и смерть» и «По ту сторону принципа удовольствия» Зигмунд Фрейд утверждает, что природа психических влечений человека соответствует всеобщему эволюционному циклу «неживое — живое — неживое», и «если мы примем как не допускающий исключения факт, что все живущее вследствие внутренних причин умирает, возвращаясь к неорганическому, то мы можем сказать: целью всякой жизни является смерть...» (Фрейд З., 1990, с. 405)¹.

Однако почему аутодеструктивность в большинстве случаев так неочевидна и стыдлива? Почему мы все не бросаемся с крутого обрыва, не топимся, не вешаемся и не стреляемся? Почему разрешаем себе роскошь дожить до старости и утопически счастливой смерти от «усталости жизни» (Мечников И. И., 1988)? Почему идеи смерти не доминируют в нашем разуме и почему с каждой смертью знакомого или близкого человека мы находим в себе силы восстанавливаться и жить?

По-видимому, жизнь, чуть только закипая в смещении атомов, подразумевает антидеструктивный паттерн. Этот паттерн может включать для животных и детей в неосознаваемости смерти. Взрослый лишь выдерживает эту «травму осознания», прибегая к всевозможным обоснованиям нужности своей жизни для вечности. Еще сохраняется в его психике наивный Ребенок — носитель *иллюзии бессмертия* — важнейшего механизма выживания. Сохраняется и психобиологический поведенческий набор (выжить, чтобы зачать и позволить выжить родному существу), эквивалентный инстинкту самосохранения. Многим людям этого хватает на долгие годы, но уже в зрелости, когда тело еще не поражено вирусом смерти, они начинают работать на вечность, работать на имитацию бессмертия — плазмического (рожают много детей — продолжателей рода), деятельностного (сажают леса и строят дома, которые

¹ «Отрицание жизни по существу содержится в самой жизни, так как жизнь всегда мыслится в соотношении со своим необходимым результатом... — смертью» (Маркс К., Энгельс Ф. *Сог. — Т. 20. — С. 610*).

переживут своих создателей), исторического (пишут книги или довольствуются славой Герострата). В то же время существует еще один, чисто человеческий, нравственный континуум — обрести вечную жизнь. Моральный аспект во многом, если не во всем, соответствует религиозному аспекту (в том числе и неприятию самоубийства), где сам смысл упорядоченной, нравственной, противоположной животной, чисто биологической жизни теряется, если отсутствует конечное райское вознаграждение. В сознании внешне нерелигиозных людей, которые, по мнению ряда психологов и философов, с готовностью станут верующими, чуть только получат необходимые доказательства существования Бога (Джемс В., 1992), этическая суть всех великих религий трансформируется в общечеловеческие ценности и идеалы. Ценностный ореол в определенные периоды жизни соответствует аутодеструктивности в той пропорции, например, в которой отрезанный палец толстовского отца Сергия соответствует пробой в его моральной оболочке. Иными словами, ценностно-духовная аура служит механизмом выживания с необходимейшей выживанию надеждой на бессмертие. Духовный аспект выживания, будучи соотношен с религией, в определенной мере обеспечивает высший, неподвластный человеческому сознанию смысл жизни. Наблюдая за поведением антилопы, еще можно допустить, что ей известен смысл того, почему она должна стать обедом для льва, но, не будучи фантастом или сказочником, вряд ли кто допустит, что антилопе известен высший экологический смысл ее существования, смысл целостности и красоты населенной саванны.

Согласно концепции трихонимического строения человеческой личности, человек определяется носителем «соматического, психического и духовного» (рис. 1). Каждая из этих составляющих может предоставить в распоряжение человека способы и основания для выживания.

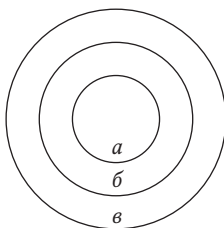


Рис. 1. Диаграмма сфер выживания: а — соматическая оболочка; б — психологическая оболочка; в — духовная оболочка

Соматическая сфера выживания представлена физическим телом человека, которое с рождения по мере роста и развития обеспечивает поступательное движение жизни и ощущение физического здоровья. Половые клетки обеспечивают так называемое плазмическое бессмертие — продолжение части физического себя в потомках. Факт существования физического тела определяет материальные границы личности и различные адаптивные и неадаптивные феномены отождествления себя с физическим телом: невротические (комплекс физической неполноценности), дисморфофобические и психотические дисморфоманические.

Психическая или психологическая сфера выживания представлена страхом смерти, боязнью умирания (страхом атрибутов умирания) и боязнью небытия. Собственно иллюзия психического бессмертия, существующая в детстве в виде инстинкта бессмертия, по мере взросления рационализируется и звучит следующим образом: «Несомненно, нельзя допустить, что инстинктивное чувство, испытываемое всеми нами, что мы рождены не для того, чтобы прожить незначительный промежуток времени, а потом исчезнуть навсегда, что это чувство может ничего не означать...» (Ламонт К., 1984) или: «Мы живем так, как будто не умрем, и не смущаемся смертью других. Может быть, это не самообман, а верное чувство?» (Зубов А. Б., 1992). Связаны с иллюзией бессмертия и позитивная направленность нашего мышления (планирование будущего), неспособность представить собственную смерть: «...как только мы предпринимаем попытку вообразить ее, мы можем заметить, что на самом деле мы остаемся в живых в качестве зрителей...» (Фрейд З., 1994). Подобную направленность человеческого мышления отмечал еще Бенедикт Спиноза, утверждая, что человек свободный ни о чем так мало не думает, как о смерти, и его мудрость состоит в размышлении не о смерти, а о жизни (Спиноза Б., 1957, с. 576).

Не менее важный аспект для выживания предоставляет сублиматорная человеческая активность, а именно то ощущение самоценности (в том числе и ценности своего тела), которое возникает в результате профессиональной, семейной и общественной деятельности. «Говорят, что жизнь терпима только тогда, если вложить в нее какое-нибудь разумное основание, какую-нибудь цель, оправдывающую все ее страдания, что человек, предоставленный самому себе, не имеет настоящей точки приложения для своей энергии (в том числе аутодеструктивной. — *Прим. авт.*). Если наше сознание обращено только на нас самих, то мы не можем отделаться от мысли, что в конечном счете все усилия пропадают в том „ничто“, которое ожидает нас после смерти. Грядущее уничтожение ужасает

Дмитрий Иванович **Шустов**

**АУТОАГРЕССИЯ И САМОУБИЙСТВО
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ:
КЛИНИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ**

Редактор *Венева Н. С.*
Корректор *Терентьева А. Н.*
Верстка *Репьевой Н. Н.*

Подписано в печать 25.05.2016. Формат 60 × 88 ¹/₁₆. Печ. л. 13.
Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н