

14. James A., Lai F.H., Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – Vol. 110, № 6. – P. 408-415.
15. Kubiak S.P., Arfken C.L., Swartz J.A. Treatment at the front end of the criminal justice continuum: the association between arrest and admission into specialty substance abuse treatment // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy.* – 2006. – № 1. – P. 20.
16. Mannuzza S., Klein R.G., Konig P.H., Giampino T.L. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1989. – № 46. – P. 1073-1079.
17. Office of Population Censuses and Surveys. OPCS Morbidity Statistics from General Practice: Fourth National Study, 1991-1992. <http://www.statistics.gov.uk/> (accessed 15 Oct 2002).
18. Putnins A.L. Correlates and predictors of self-reported suicide attempts among incarcerated youths // *Int. J. of offender therapy and comparative Criminol.* – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 143-157.
19. Satterfield J.H., Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1997. – № 36. – P. 1726-1735.
20. Semiz U.B., Basoglu C., Oner O., Munir K.M., Ates A., Algul A., Ebrinc S., Cetin M. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder // *Australian and New Zealand J. of psychiatry.* – 2008. – Vol. 42, № 5. – P. 405-413.
21. Vitelli R. Prevalence of Childhood conduct and attention-deficit hyperactivity disorders in adult maximum-security inmates // *Int. J. of offender therapy and comparative criminol.* – 1996. – Vol. 40, № 4. – P. 263-271.
22. Westmoreland P, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B, Black DW. Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life // *Int. J. of offender therapy and comparative criminol.* – 2010. – Vol. 54, № 3. – P. 361-377.

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CONVICTED MALES

R.M. Masagutov, M.Y. Pronina, Y.M. Nicolaev

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

This study included nationally representative sample of 83 incarcerated males (mean age 27,7). About 25% of convicted males reported suicidal attempts earlier in their life. There were found significant correlates of suicidal behavior, including ADHD, parental cruelty, frequent fights in childhood, aggression level, alcohol dependence, drug use, psychotrauma and a number of personality accentuations.

Conclusions: ADHD, aggression, substance use disorders, psychotrauma and some personality characteristics are the problems significantly associated with suicidal behavior in prison population. Therefore, offenders with such conditions should be considered to be at high risk, which helps to organize an adequate diagnostics, preventive measures and treatment for them. These factors not only have predictive value but should also be considered as appropriate targets when intervening to reduce suicide risk.

Key words: prisoners, suicidal behavior, ADHD, aggression, personality accentuations, psychotrauma

УДК 616.89-008.441.44:61

АВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ю.Р. Вагин, Н.А. Стрелков

Психологический центр, г. Пермь

Контактная информация: Вагин Юрий Робертович, к.м.н., руководитель Психологического центра, г. Пермь.

Телефон: (342) 29-00-846, 29-88-111, e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru

Стрелков Николай Александрович, к.м.н., врач-психотерапевт Психологического центра, г. Пермь.

Телефон: (342) 29-00-846, 29-88-111, e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru

На основе разработанного авторами варианта ассоциативного теста для изучения времени реакции на словесные стимулы, имеющих отношение к теме смерти, проведено обследование больных бронхиальной астмой. У этой категории пациентов выявлены меньшие проявления различных форм авитальной активности в анамнезе по

сравнению с группой контроля. Показано, что у больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями в ассоциативном тесте регистрируется увеличение времени реакции на слова, имеющих отношение к теме смерти (комплекс смерти), по сравнению с нейтральными словами. Авторы высказывают предположение, что усиление влечения к смерти при невозможности его реализации в других формах авитальной активности принимает участие в патогенезе бронхиальной астмы как психосоматической форме патологической биологической активности, направленной на сокращение и прекращение жизни.

Ключевые слова: авитальная активность, бронхиальная астма, ассоциативный тест.

Под авитальной активностью (от лат. «а» – частица отрицания и «vita» – жизнь) мы понимаем патологическую психическую и поведенческую активность, направленную на сокращение и (или) прекращение собственного социального и биологического функционирования. В рамках авитальной активности нами были рассмотрены ранее пресуицидальная, суицидальная, парасуицидальная и десоциальная активность, различающиеся между собой степенью осознанности и направленностью деструктивных тенденций преимущественно на социальное или биологическое функционирование личности [4].

Можно предположить, что одним из феноменологических и клинических проявлений патологической авитальной активности являются так называемые психосоматические заболевания, при которых мы наблюдаем *патологическую биологическую активность*, направленную на сокращение и прекращение собственной жизни. Это предположение впервые было четко высказано К. Меннингером (1938) в работе «Война с самим собой». В разделе «Органическое самоубийство» К. Меннингер пишет: «Каждый человек использует собственную схему саморазрушения; одни из них очевидны, другие носят скрытый характер. Не исключено, что органическое заболевание является одной из таких схем». Он акцентирует внимание на том, что поскольку любое заболевание занимает как бы промежуточное положение между здоровьем и смертью, то, возможно, психосоматические заболевания являются не только внешним проявлением подсознательных саморазрушительных тенденций, но и своеобразной защитой от их еще более выраженных возможных проявлений – «жертвуя органом, человек спасает жизнь» [9]. О том, что в основе соматических заболеваний может лежать неблагополучие в психоэмоциональной сфере, было известно достаточно давно. Психосоматика справедливо рассматривается как *относительно новое* понятие

для направления столь же старого в медицине, как и она сама [13]. В медицинской литературе термин «психосоматический» впервые был использован представителем течения «психиков» в психиатрии – немецким врачом Гейнротом (1818), который писал, что «если бы органы брюшной полости могли рассказать историю своих страданий, то мы с удивлением узнали бы, с какой силой душа может разрушать принадлежащее ей тело» [7]. В начале XX века психосоматическими расстройствами интересовались сначала преимущественно психоаналитики (Гроддек Г., Ференци Ш., Дойч Ф., Желлиффе С.Э., Александер Ф.), а позднее к ним присоединились представители соматической медицины (Фаренкамп К., В. фон Вайцеккер, Г. фон Бергман) [1]. Обзоры вкладов психоанализа и соматической медицины в психосоматическую медицину можно найти в работах Я. Бастиаанс [2], Михаэля фон Рада [12], Б. Любан-Плоцца и соавт. [8] и др. Хотелось бы обратить здесь внимание на то, что вклад К. Меннингера в развитие теории психосоматических заболеваний в них никак не отражен, и высказать предположение, что это может быть связано с тем, что К. Меннингер опирался в своих исследованиях на теорию влечения к смерти З. Фрейда, считая, что саморазрушительные тенденции могут психически осознаваться и проявляться в произвольном поведении, а могут оставаться подсознательными и проявляться в непроизвольной саморазрушительной активности, направленной на внутренние органы. Авторы как классических, так и современных психосоматических теорий игнорируют возможность рассмотрения их через призму теории влечения к смерти и изучают лишь различные личностные особенности и внутриспсихические конфликты психосоматических больных.

Поскольку мы рассматриваем авитальную активность как непосредственное проявление усиления влечения к смерти, нам представлялось интересным изучить бронхиальную астму

(БА) как одно из классических психосоматических заболеваний с этой точки зрения. Бронхиальная астма из знаменитой психосоматической «святой семерки» (бронхиальной астмы, язвы желудка, язвенного колита, эссенциальной гипертонии, нейродермита, ревматоидного полиартрита и гипертиреоза) была выбрана нами лишь в силу территориальной близости терапевтического подразделения, специализирующегося на оказании помощи данной категории больных.

Актуальность исследования обусловлена тем, что на сегодняшний день бронхиальная астма остается наиболее распространенным бронхообструктивным заболеванием, поражающим около 5% общества, нарушающим трудоспособность и качество жизни больных людей, и наносящим значительный экономический ущерб. Современная соматическая медицина определяет БА как «хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием клеток (тучных, эозинофилов, Т-лимфоцитов), медиаторов аллергии и воспаления, сопровождающееся у предрасположенных лиц гиперреактивностью и вариабельной обструкции бронхов, что проявляется приступом удушья, появлением хрипов, кашля или затруднение дыхания, особенно ночью и/или ранним утром» [11]. Основное внимание соматическая медицина уделяет феноменологическому, эпидемиологическому, патофизиологическому и иммунологическому рассмотрению проблемы. Успехи последнего десятилетия связываются с развитием концепции о воспалительной природе заболевания и ориентацией на длительное применение противовоспалительных препаратов [3]. Роль нарушений психоэмоциональной сферы в патогенезе бронхиальной астмы не акцентируется [10], несмотря на то, что Труссо (1882) еще в конце XIX века описал самонаблюдение развития приступа БА в момент сильного душевного переживания, а П. Федерн (1913) в начале XX века впервые опубликовал отчет об успешном психоаналитическом лечении пациента с бронхиальной астмой. В современной психосоматической медицине БА рассматривается как эквивалент подавляемого плача (Вайцеккер, 1951; Брёттигам и Христиан, 1973), результат неосознаваемого конфликта между желанием и страхом привязанности, уходящего своими корнями в историю отношений с матерью (Александр,

1949; де Бур, 1965; Киксер с соавт., 1973; Петцольд и Хан, 1974), как проявление затруднений в общении (Александр, Селесник, 1968) и скрытого садомазохизма (Бастиаанс, 1976). Направление исследований, предложенное Меннингером, дальнейшего развития не получило.

Ранее нами был разработан вариант ассоциативного теста для изучения времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти. Впервые для изучения бессознательного психического содержания ассоциативный тест был использован К. Юнгом. Он высказал предположение, что слова-стимулы, имеющие отношение к комплексу эмоционально значимых представлений, вызывают увеличение времени реакции. Полученные нами ранее результаты позволили сделать заключение о наличии у психически здоровых людей аффективно-заряженной группы представлений, имеющих отношение к теме смерти – комплекса смерти.

Для нас представляла интерес возможность количественной оценки комплекса смерти у психически здоровых лиц и лиц, страдающих различными психическими, поведенческими и психосоматическими расстройствами. Было высказано предположение, что увеличение времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, может свидетельствовать о реальном, хотя и неосознаваемом усилении влечения к смерти и авитальной активности и служить, таким образом, критерием диагностики как их выраженности [5].

Цель исследования: изучение структуры и выраженности авитальной активности у пациентов с клинически установленным диагнозом бронхиальной астмы.

Материал и методы исследования.

Обследовано клинически, анамнестически и клинико-психологически 23 больных бронхиальной астмой в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст – 38,2±4,9 года). Из них: 8 мужчин и 15 женщин.

По выраженности клинических проявлений на момент обследования больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями (n=16); 2-я группа – слабо выраженные клинические проявления, либо отсутствие таковых (n=7).

Группу контроля составили 50 человек, не находящихся на момент обследования на стационарном психиатрическом и психотерапевтическом лечении; в возрасте от 17 до 50 лет (средний возраст – 24,9±3,1 года). Из них мужчин – 15, женщин – 35.

В процессе исследования использовался оригинальный опросник авитальной активности, включающий 40 высказываний и позволяющий выявить и количественно оценить (15-ти бальная шкала) проявления пресуицидальной (нежелание жить, желание умереть), суицидальной (суицидальные мысли, тенденции и попытки), парасуицидальной (пренебрежение здоровьем, риск жизнью, злоупотребление никотином, алкоголем и наркотиками), десоциальной (желание уйти от социальной жизни, не иметь семьи, детей, жить одному) и аутодеструктивной активности (самопорезы, самоприжигания, самокалечение и искусственное вызывание заболеваний) в анамнезе и на момент обследования, оригинальный вариант ассоциативного теста для исследования патологической авитальной активности.

Результаты исследования и обсуждение.

У 17 из 23 больных в анамнезе выявлены существенные психотравмирующие факторы, непосредственно связанные по времени с началом заболевания БА (смерть родителей, невозможность из-за неврологического заболевания заниматься любимой работой, неуставные отношения в армии, неблагополучие в семейной жизни и т.п.). Обращает на себя внимание тот факт, что в большинстве случаев больные не осознавали возможную связь между психотравмирующим фактором и началом заболевания.

Результаты исследования структуры авитальной активности в анамнезе и на момент обследования у лиц, страдающих БА, показывают, что в анамнезе в целом у обеих групп больных БА, по сравнению с контролем, наблюдается меньшая выраженность ($p < 0,01$) пресуицидальных феноменов: нежелание жить (1,44 и 0,86 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 2,74 балла – группа контроля) и желание умереть (0,5 и 0,71 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 2,54 балла – группа контроля); суицидальных феноменов: суицидальные мысли (0,93 и 0,71 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 3,11 балла – группа контроля); и аутодеструк-

тивных феноменов (0,38 и 0,28 баллов – 1-я и 2-я группа соответственно и 1,95 балла – группа контроля).

Суицидальные тенденции были ниже во 2-й группе больных БА (0 баллов и 2,11 балла – группа контроля). Суицидальные попытки в анамнезе отсутствуют во 2-й группе, а в 1-й группе больных с БА выше, чем в группе контроля (2,19 и 1,14 балла соотв.). Парасуицидальные феномены менее выражены в анамнезе у больных БА 2-й группы (1,43 баллов и 3,1 балла – группа контроля), а десоциальные феномены менее выражены в анамнезе у больных БА 1-й группы (1,43 балла и 2,97 балла – группа контроля).

Достоверных различий между 1-й и 2-й группами больных БА в проявлениях АА в анамнезе не выявлено, хотя в целом у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой нежелание жить (1,43 и 0,86 баллов соотв.), суицидальные мысли (0,93 и 0,71 балла соотв.), суицидальные тенденции (0,63 и 0 баллов соотв.), суицидальные попытки (2,19 и 0 баллов соотв.) и парасуицидальная активность (2,38 и 1,43 баллов соотв.) выше.

В момент обследования пресуицидальная АА (нежелание жить) у больных с БА обеих групп была выше ($p < 0,01$), чем в анамнезе: 1-я группа – 4,13 балла (1,44 – в анамнезе), 2-я группа – 2,71 балла (0,86 – в анамнезе). Наблюдается усиление десоциальной активности: 1-я группа – 3,13 балла (1,43 – в анамнезе), 2-я группа – 2,29 балла (1,86 – в анамнезе). У больных 2-й группы в момент обследования обнаружено усиление желания умереть – 1,19 баллов (0,5 – в анамнезе), суицидальных мыслей – 1,56 балла (0,94 – в анамнезе) и аутодеструктивной активности – 0,94 балла (0,38 – в анамнезе), но статистической достоверности в этих случаях обнаружено не было.

Среднее время реакции на слова-стимулы в ассоциативном тесте представлено в табл. 1.

У больных бронхиальной астмой 1-й группы выявлено увеличение среднего времени реакции ($p < 0,01$) на слова, имеющие отношение к теме смерти по сравнению с больными БА 2-й группы и контролем. Различие между 1-й и 2-й группами больных БА не достоверно.

Таблица 1

Среднее время реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти*

Группа	Показатели	
	%	σ
1-я группа	185,19	49,64
2-я группа	124	23,72
контрольная	112,54	22,03

Примечание: * - в %, по отношению к среднему времени реакции на нейтральные слова.

Полученные нами результаты демонстрируют значительно меньшую выраженность АА у больных БА в анамнезе по сравнению с группой контроля. Поскольку опросник позволяет выявить лишь осознаваемые формы авитальной активности, можно предположить здесь два возможных варианта объяснения этого феномена:

1) проявления АА у больных, страдающих БА, в анамнезе по неизвестным нам, пока, причинам менее выражены, чем в группе контроля;

2) проявления АА у больных, страдающих БА, в анамнезе реально не отличаются от группы контроля или даже могут быть большими, но поскольку они хуже осознаются больными, то в результате исследования мы получаем более низкие показатели.

Имеющиеся в литературе гипотезы имеют косвенное отношение как к первому, так и ко второму варианту объяснения. Так К. Менninger считал, что психосоматическое заболевание может защищать человека от более серьезных форм саморазрушительного поведения, что соответствует первому варианту объяснения более низкой выраженности АА у больных БА в анамнезе, а многие аналитики указывают, что у больных бронхиальной астмой имеется недостаточная точность в опознании своих внутренних проблем, что соответствует второму варианту объяснения.

В момент обследования мы наблюдаем значительное изменение структуры профиля АА у больных БА. В первую очередь эти изменения касаются пресуицидальной и десоциальной активности. У больных БА обеих групп происходит усиление нежелания жить, десоциальная активность возрастает и достигает границ нормы. Особенно значительные изменения в сторону усиления АА происходят в профиле больных 1-й группы с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями. Исключение составляет лишь суицидальная и

парасуицидальная активность, выраженность которых падает.

В то же время у больных бронхиальной астмой 1-й группы мы наблюдаем значительное усиление напряженности влечения к смерти, проявляющееся как в увеличении времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти, так и в избыточных ярких эмоциональных реакциях (появлении на глазах слез, глубоких вдохах, дополнительных вербальных реакциях, обозначающих различные степени страха и ужаса). Одна из пациенток, после предоставления нескольких стимульных слов, имеющих отношение к теме смерти, отказалась продолжать выполнять тест, хотя до этого активно принимала участие в беседе и выполняла другие тесты.

У больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями мы наблюдаем существенно усиленный по сравнению с нормой комплекс смерти. И на этом основании можем предположить, что невозможность реализации различных форм АА на осознанном когнитивном и поведенческом уровне в течение жизни в сочетании с конфликтными ситуациями и стрессовыми факторами приводит за счет усиления влечения к смерти, к «прорыву» АА по психосоматическому варианту. При этом на пике клинических проявлений бронхиальной астмы мы наблюдаем как значительное усиление влечения к смерти, так и усиление феноменологических проявлений других, ранее не проявляющихся форм АА. Уменьшение клинических проявлений бронхиальной астмы, в связи с проводимой терапией или разрешением психотравмирующих ситуаций, сопровождается значительно меньшей выраженностью, как комплекса смерти, так и других феноменологических проявлений АА.

Выводы:

1. У больных бронхиальной астмой в результате опроса выявлены меньшие проявления различных форм авитальной активности (активности, направленной против жизни) в анамнезе по сравнению с группой контроля.

2. У больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями в ассоциативном тесте выявлено увеличение времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти (ком-

плекс смерти), по сравнению с нейтральными словами.

3. Предполагается, что усиление влечения к смерти при невозможности его реализации в других формах авитальной активности принимает участие в патогенезе бронхиальной астмы как психосоматической форме патологической биологической активности, направленной на сокращение и прекращение жизни.

Литература:

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. – М., 2000.
2. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // В кн. Энциклопедия глубинной психологии. – В 15 т. – М., 2001. – Том 2. – С. 77-89.
3. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. – Пульмонология. Приложение. – М., 1996.
4. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь, 2001. – С. 128.
5. Вагин Ю.Р. Использование ассоциативного теста для исследования патологической авитальной активности / В сборнике: Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). – Томск, 2003.
6. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М., 1997.
7. Каннабих Ю. История психиатрии. – М., 1994.
8. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000.
9. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000.
10. Мишланов В.Ю. Состояние иммунитета, гемостаза и липидного обмена у больных воспалительными заболеваниями системы дыхания и ишемической болезнью сердца, рациональная терапия бронхиальной астмы: Дисс. ... докт. мед. наук. – Пермь, 2001.

11. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – В 9 т. – М, 2000. – Том 3.
12. Рад фон М. Ключевые понятия психоанализа / В кн.: Ключевые понятия психоанализа. – СПб., 2001.
13. English O.S. Médecine psychosomatique.– Neuenburg, Paris, 1952.

AVITAL ACTIVITY OF PATIENTS SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA

Y.R. Vagin, N.A. Strelkov

Psychological Center, Perm, Russia

Based on the options developed by the authors of the associative learning test for reaction time on the words incentives related to the theme of death, a survey of patients with bronchial asthma. In these patients revealed less of various forms of activity in the history of avital compared with the control group. It is shown that in asthmatic patients with severe and moderately severe clinical manifestations in the associative test, recorded an increase in reaction time to words related to the theme of death (the death of the complex), compared with neutral words. The authors suggest that increased attraction to death if you can not implement it in other forms avital activity is involved in the pathogenesis of asthma as a psychosomatic form of pathological biological activity aimed at the reduction and termination of life.

Key words: avital activity, asthma, association test.