

Аутоагрессивное поведение в наркоаддиктивных семьях

БИСАЛИЕВ Р.В.

зам. руководителя наркологического центра Астраханской государственной медицинской академии (АГМА)

Дан анализ проблемы семейных взаимоотношений при наркомании. Рассматриваются динамика и роль семейных стилей в развитии аутоагрессивного поведения. Так как основная масса наркологических больных и их жены находятся в наиболее трудоспособном возрасте, вопрос эффективной профилактики аутоагрессивного поведения среди этого контингента имеет принципиальное значение.

Введение

Изучению клинико-психопатологических особенностей функционирования алкогольных семей посвящено большое количество отечественных [4, 6, 9] и зарубежных [10] работ. Актуальность изучаемой проблемы обусловлена не только распространенностью алкогольной болезни, но и наличием в ее структуре медико-социальных последствий как для больного, так и для его ближайшего окружения. В частности, проводились исследования феноменологии аутоагрессивного поведения у созависимых жен [3].

Не менее актуальным и значимым остается вопрос аутоагрессивного поведения супругов наркоаддиктивных семей (в семье мужчин больных опийной наркоманией). Современные исследования рассматривают наркологическую патологию (алкоголизм, наркоманию) как одну из форм саморазрушающего поведения [1, 8]. Поэтому большое внимание уделяется аутоагрессивному поведению химически зависимых мужчин. Однако фактически не изучены паттерны аутоагрессивного поведения в связи с особенностями функционирования наркоманической семьи в целом (диада — больной наркоманией муж и созависимая жена), хотя роль семейного фактора в генезе аутоагрессивного поведения подтверждается многочисленными исследованиями.

Целью настоящего исследования стало изучение феноменологии аутоагрессивного поведения в наркоаддиктивных семьях.

Объект и методы исследования

Проведено сравнительное исследование между 34 наркоаддиктивными семьями (муж — больной опийной наркоманией и его супруга — созависимая) и 31 контрольной семьей (муж и его жена — без признаков наркотической зависимости и созависимости, в анамнезе отмечалось суицидальное поведение). Возраст обоих супругов патологизированных семей находился в пределах 18—38 лет (средний возраст $26 \pm 1,7$ года). Возраст «здоровых» супругов составлял 19—40 лет (средний возраст $28 \pm 2,3$ года).

Помимо клинико-психопатологического метода исследования в качестве стимульного материала каждому участнику предлагался для совместного заполнения с психиатром-наркологом опросник, направленный на выявление паттернов аутоагрессивного поведения в прошлом и в настоящем [8].

Результаты исследования подвергались вариационно-статистической обработке с использованием критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По наличию признаков суицидальной аутоагрессивности члены аддиктивных семей (АС) по сравнению с членами контрольных семей (КС) занимали ведущую позицию (рис. 1).

Доля суицидальных мыслей в группе аддиктивных семей в различные периоды (до брака, ранний и поздний периоды семейной жизни) достоверно была выше по сравнению с группой контрольных семей. Можно предположить, что высокий уровень суицидальных мыслей в анамнезе в группе АС обусловлен неблагоприятной семейной обстановкой. Повышенная конфликтность между родителями обследуемых порождала у последних чувства ненужности, никчемности, отвергнутости, обиды, тревожности, заниженную

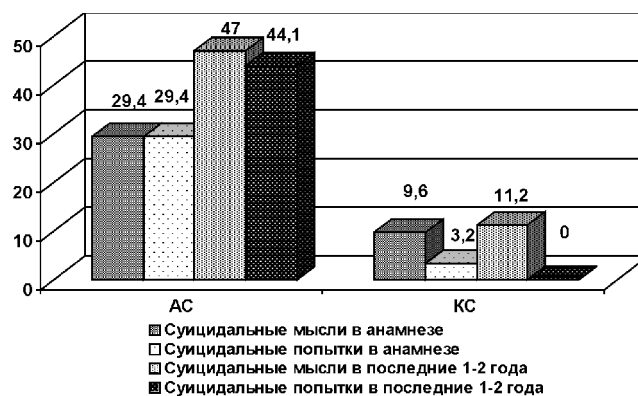


Рис. 1. Процентное соотношение суицидальных форм аутоагрессивного поведения в аддиктивных семьях (АС) и в контрольных семьях (КС)

самооценку. Помимо этого, родители обеих групп проявляли к детям вербальную и физическую агрессию (физические наказания, побои), что также способствовало формированию у последних суицидальных мыслей.

В ранние сроки семейной жизни причиной постоянных ссор была наркотизация мужа-аддикта. При этом ответственность за рецидивы наркологического заболевания созависимые жены брали на себя: «Это я во всем виновата, не уберегла его от этой гадости». Чувство вины, неудовлетворенность собой приводили в дальнейшем также к возникновению у респондентов суицидальных мыслей. Согласно точке зрения Е.В. Змановской [2], в семье с созависимостью всегда нарушено распределение ответственности. Аддикт редко берет ответственность за свои поступки на себя и стремится свалить всю вину за происходящее на других. В результате родственники принимают на себя ответственность за жизнь аддикта, оставляя ему одно — аддикцию (в нашем понимании форму саморазрушения).

Суицидальные попытки в анамнезе достоверно чаще совершали представители группы АС. Причинами парасуицидов были семейные конфликты. В группе КС суицидальные попытки совершали мужчины.

Обращает на себя внимание высокий уровень суицидальных попыток в аддиктивных семьях в последние 1—2 года, в то время как в контрольных семьях суицидальные попытки не фиксировались. С определенной долей вероятности можно утверждать, что в группе АС суицидальное поведение (мысли, попытки) носит стереотипный характер. Аутоагрессия служит постоянным непродуктивным способом преодоления стрессовых ситуаций.

Отсутствие суицидальных попыток в группе контрольных семей свидетельствует об использовании их членами большого арсенала конструктивных ко-

пинг-стратегий. Практически все обследуемые этой группы, в отличие от респондентов наркоаддиктивных семей, отмечали в семейных отношениях постоянную заботу друг о друге, взаимопонимание и поддержку, особенно при стрессовых и фрустрирующих ситуациях.

Весьма демонстративны внутригрупповые показатели. В аддиктивных семьях все формы суицидального поведения на различных этапах жизненного пути находятся на высоком уровне и имеют тенденцию к его повышению. Другими словами, показатель «Суицидальное поведение в анамнезе» аддиктивных семей в 4,5 раза превышал таковой в контрольных семьях. А показатель «Суицидальное поведение в последние 1—2 года» группы АС был выше в 8,1 раза аналогичного показателя группы КС.

Совершенно очевидно, что феномены наркотической зависимости и созависимости являются суицидоопасными и находятся в реципрокных отношениях.

Получены достоверные различия по несуйцидальным формам аутоагрессивного поведения. Нами были выделены следующие его виды: соматическая аутоагрессия, психическая аутоагрессия, рискованное поведение, социально-бытовая и профессиональная аутоагрессия.

По всем показателям соматической аутоагрессии установлены достоверные различия в сторону увеличения их в аддиктивных семьях (рис. 2).

Данный факт можно интерпретировать двояко. С одной стороны, нарушения соматического статуса различной степени выраженности объясняются воздействием множества факторов: токсическое действие наркотиков на системы органов, психотравмирующая и конфликтная семейная ситуация (психогенез психосоматических заболеваний), фрустрация. С другой стороны, при сравнении с группой КС, АС демонстрируют выраженную акцепцию соматического не-



Рис. 2. Процентное соотношение показателей соматической аутоагрессии в аддиктивных семьях (АС) и в контрольных семьях (КС)

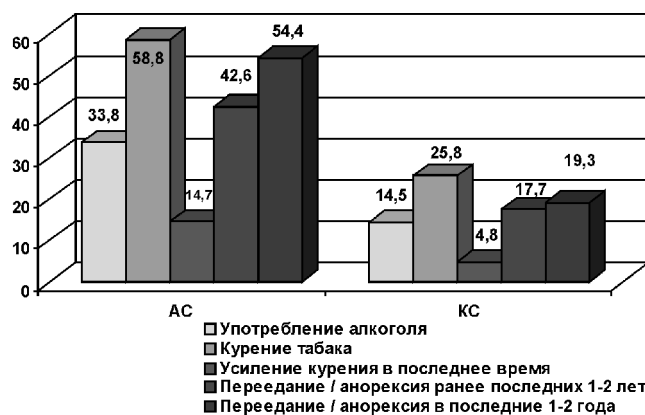


Рис. 3. Процентное соотношение показателей психической аутоагрессии в аддиктивных семьях (АС) и в контрольных семьях (КС)

благополучия через халатное и безразличное отношение к своему здоровью, пренебрежение врачебными назначениями. При назначении медикаментозных средств в амбулаторных условиях к больным опийной наркоманией применялись дополнительные меры контроля (употребление лекарств в присутствии врача или родственника). При проведении психотерапевтических консультаций и сеансов пациенты и их созависимые жены периодически нарушали график посещения врача. Кроме того, прослеживается четкая тенденция к накоплению у лиц из аддиктивных семей большого количества хронических соматических заболеваний, их частых обострений, неблагоприятного течения. Это касается и количества мелких и крупных оперативных вмешательств.

Установлены различия по количеству психических эквивалентов аутоагрессивного поведения (рис. 3).

Показатели, характеризующие психическую аутоагрессию, также были достоверно выше в группе АС. Употребление спиртных напитков в «больных» семьях осуществлялось с целью нейтрализации аффективных расстройств: раздражительности, тревожности, беспокойства: «Напьюсь и на душе легче», «Спиртное помогает не думать о страданиях». Вместе с тем, и больные опийной наркоманией, и их созависимые супруги рассматривали возможность употребления алкоголя с суицидальной целью: «Так надоело жить».

В группе КС алкоголь употребляли мужчины, что является отражением общепопуляционных показателей. Алкоголь они употребляли чаще с целью соответствия требованиям общества (торжества, юбилеи, похороны).

Курение табака носило в АС явно выраженный аутодеструктивный характер (большое количество выкуриваемых сигарет без фильтра). Частота выкуривания сигарет возрастала в конфликтных ситуациях.

Расстройства пищевого поведения в виде аноректических реакций у пациентов достигали максимальных проявлений в острый абстинентный период. У созависимых жен аноректические реакции также были выражены во время синдрома отмены при опийной наркомании у мужчин. Члены аддиктивных семей пренебрегали своими биологическими потребностями. Снижение пищевой активности сопровождалось раздражительностью, тревожностью, астенической симптоматикой, безразличием к еде, снижением настроения, суицидальными мыслями.

Что касается приступов перепадов, то они чаще наблюдались у больных в первой и во второй фазах постабстинентного периода опийной наркомании. Потребление в большом количестве сладкой и жирной пищи обуславливало у пациентов ухудшение соматического статуса в виде обострений заболеваний желудочно-кишечного тракта.

У созависимых супруг перепады фиксировались в различные сроки воздержания наркотическими веществами мужчинами-опиомамами. Следует отметить, что созависимые жены по сравнению с наркозависимыми мужьями наиболее остро реагировали на клинико-динамические особенности течения опийной наркомании посредством аноректических и булимических, в том числе аутоагрессивных (чувство вины, суицидальные мысли) проявлений.

Нарушения пищевого поведения были выявлены в КС. Однако, распространенность их на протяжении исследуемого жизненного периода остается стабильной. Более того, аноректические и булимические реакции у них возникали эпизодически (чаще в острых стрессовых ситуациях) и не являлись, в отличие от АС стереотипными.

Анализ межгрупповых показателей по рискованным формам несуйцидального аутоагрессивного поведения представлен на рис. 4.

Представленная диаграмма иллюстрирует, что все показатели рискованных и виктимных форм поведения достоверно были выше в группе АС, по сравнению с группой КС. При этом каждый из них во временном отношении имеет тенденцию к повышению. Так, показатель «Несчастные случаи» в АС в последние 1—2 года существенно возрос в 1,8 раза по сравнению с ранним периодом семейной жизни, тогда как в КС он принципиально не изменился. Думается, что в динамике наркоаддиктивного расстройства в патологизированных семьях происходит накопление и реализация несуйцидальных аутоагрессивных феноменов.

Об этом же свидетельствуют внутригрупповые сравнения показателей «Подверженность насилию» (возрос в 2,1 раза), и «Черепно-мозговые травмы» (в 2,8 раза соответственно). Важно подчеркнуть, что

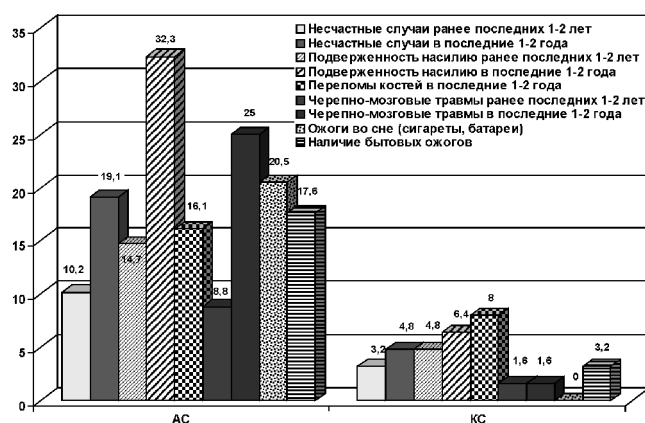


Рис. 4. Процентное соотношение показателей рискованных форм поведения в аддиктивных семьях (АС) и в контрольных семьях (КС)

последние два признака в группе АС были выражены максимально.

Наличие рискованной, или виктимной, составляющей в аддиктивных семьях подтверждается высокой распространенностью ожоговой патологии (38,2% против 3,2%; $p < 0,05$).

Таким образом, члены наркоаддиктивных семей в неблагоприятных или опасных для жизни условиях не занимают активной жизненной позиции по их предотвращению, а, следовательно, являются группой аутоагрессивного риска.

Супруги патологизированных семей качественно и количественно отличались от супругов КС по признакам социально-бытовой и профессиональной аутоагрессии (рис. 5).

Лишь треть обследуемых из наркоаддиктивных семей считали свой брак удачным. Однако детальный анализ внутрисемейных отношений показал, что нормальными, по мнению респондентов, называются семьи, в которых количество конфликтов было наименьшим. В то же время в этих семьях, как и в оставшихся 66,2% случаях, участие мужа-наркоаддикта в семье было минимальным. Между супругами АС отношения носили поверхностный характер, они не проявляли друг к другу заботы, нежности. Выявлена интересная закономерность: чем продолжительнее совместное существование, тем чаще возникали конфликты. Подобные отношения, по мнению А.В. Меринова [3], служат способом наиболее приемлемого спонтанного отреагирования собственной аутоагрессивности. При этом отсутствует осознанное переживание какой-либо ответственности за собственное саморазрушающее поведение с нередким делегированием таковой другому супругу.

Воспитание детей (23,5% семей) осуществлялось преимущественно по типу гипопротекции. Дети были

предоставлены сами себе. Созависимые жены отмечали, что с возникновением в семье наркологической проблемы успеваемость детей резко снизилась: «Некогда заниматься с ними, когда тут муж колется», «Надеюсь, дети мне все простят и поймут».

В целом стратегия поведения со стороны мужа была направлена на вымогательство финансов для приобретения наркотиков, со стороны жены — на тотальный контроль поведения больного опийной наркоманией.

Обращают на себя внимание установленные факты обворовывания, которые значимо были выше в группе АС, что подтверждает предположение о наличии виктимной составляющей в семейных взаимоотношениях между больным опийной наркоманией и его созависимой супруги.

Иллюстративны показатели, касающиеся профессиональной сферы жизнедеятельности. Безработными являлись только представители наркоаддиктивных семей. Безработица как причина суицидального поведения констатировалась в 14,7% случаях. В семьях, где один из членов был безработным, достоверно чаще наблюдались внутрисемейные конфликты.

Исходя из того, что аутоагрессивное поведение подразумевает поступки, направленные против целостности и самосохранения собственной личности, поэтому может считаться в связи с этим одним из видов асоциального поведения как действия, противоречащие признанным в обществе нормам, нехарактерные для большинства представителей современного общества [5]. В свою очередь, рост общей смертности по насильственным причинам, а также аутоагрессивных тенденций и суицидов является проявлением социальной дезадаптации наркологических больных [7]. В наших исследованиях судимости фиксировались в обеих группах. Правонарушения совершали мужчины. Однако в группе аддиктивных семей их было достоверно больше. Противоправные деяния у химически зависимых мужчин были связаны с добыванием средств на приобретение очередной дозы наркотических веществ. Некоторые из них в условиях тюремного заключения совершали попытки самоубийства (27,2%) посредством самоповешения и членовредительства (заглатывание острых предметов, самопорезы). Подавляющая часть обследуемых имела более двух судимостей. Более того, пациенты не отрицали возможности повторной попытки преступления: «Надо как-то жить», «Что судимости, все равно я никому не нужен», «Я не боюсь тюрьмы».

Что касается представителей контрольных семей, то у большинства из них судимости были условные, отсутствовали повторные судимости. В этих семьях суицидальные формы поведения, связанные с противоправными деяниями, не отмечались.

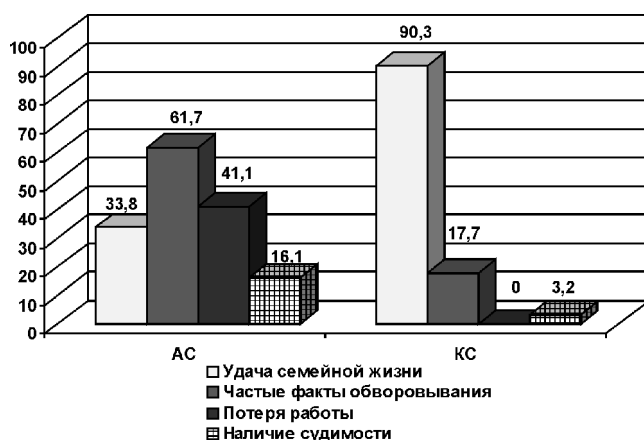


Рис. 5. Процентное соотношение показателей социально-бытовой и профессиональной в аддиктивных семьях (АС) и в контрольных семьях (КС)

Таким образом, супруги аддиктивных семей по всей сумме аутоагрессивных проявлений отличаются от супругов КС радикальным образом.

На всем протяжении семейной жизни количество форм суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения достоверно ($p < 0,05$) было выше в группе АС. При этом указанные формы носят стереотипный характер и достигают максимальной выраженности в стрессовых или психотравмирующих ситуациях.

В обобщенном аутоагрессивном профиле «наркоманических» семей нивелируются половые особенности способов реализации саморазрушающих тенденций (за исключением судимостей, наблюдаемых у мужчин-наркоаддиктов).

Заключение

Таким образом, полученные результаты позволяют утверждать, что аддиктивные семьи, состоящие из больного опийной наркоманией мужчины и созависимой жены, являются в целом суицидоопасными, так как доминирующий стиль внутрисемейных отношений содержит в себе аутодеструктивный компонент, проявляющийся в различных сферах жизнедеятельности.

При разработке и реализации семейных диагностических и терапевтических алгоритмов необходимо

учитывать существование антивитаальных установок как самого больного опийной наркоманией, так и его созависимой супруги.

Список литературы

1. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П. Аутоагрессивное поведение при опийной наркомании. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2007. — 119 с.
2. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. 2-е изд-е, испр. — М.: Изд. центр «Академия», 2004. — 288 с.
3. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.
4. Шайдукова Л.К. Клинико-типологические особенности супружеских пар, страдающих алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992. — №2. — С. 13—15.
5. Шевцова Ю.Б., Игонин А.А., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2 // Наркология. — 2007. — №9. — С. 42—51.
6. Шестаков Д.А. Семейная криминология. — СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1996. — 262 с.
7. Шибанова Н.И. Особенности социальной дезадаптации больных с наркологическими заболеваниями. — М., 1997. — 67 с.
8. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
10. Mendelhall W. Co-dependency definitions and dynamics // Alcohol. Treat. Quart. — 1989. — Vol. 6, №1. — P. 3—17.

BISALIEV R.V. candidate of medical sciences, deputy of the leader of the drug centre ASMA

The Article is dedicated to analysis of the problem of the household relations under drug dysfunctionals. It is considered track record and role of the household styles in development autoaggressive behaviour. Since main mass relative addiction and their wives sick is found at the most able-bodied age, question of the efficient preventive maintenance autoaggressive behaviour this contingent has principle importance.