

О псевдосуицидальном типе поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами

ШАЙДУКОВА Л.К.
ТИХАНОВ Р.А.

д.м.н., профессор, Казанский государственный медицинский университет
Казанский государственный медицинский университет

У 18 из 96 пациенток, злоупотребляющих опиоидами, были выявлены специфические поведенческие расстройства, обозначенные «псевдосуицидальными». Формирование псевдосуицидального поведения шло поэтапно: на донаркотическом этапе предикторами у ряда больных являлись «суицидальные игры»; на начальном этапе наркомании отмечались суицидальные высказывания с целью манипулирования и суицидального шантажирования; при развернутой картине заболевания появлялись суицидальные действия постановочного характера, тематически связанные с фактом злоупотребления наркотиками. Описанные нами поведенческие расстройства у женщин, злоупотребляющих опиоидами, обладали рядом особенностей, связанных с преморбидной структурой личности, динамикой конкордантного патоморфоза с наркоманией.

Введение

Психические и поведенческие расстройства при употреблении психоактивных веществ ранжированы в Международной классификации болезней десятого пересмотра в отдельную рубрику [5]. Это указывает на их особую клиническую значимость и актуальность при обследовании и лечении наркологических больных, среди которых преобладают лица, злоупотребляющие опиоидами, в частности героином. Вместе с тем, вопросы поведенческих расстройств у больных героиновой наркоманией изучены недостаточно, особенно в отношении женского контингента больных [6].

Целью настоящего исследования было выявление особенностей поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами.

Объект и методы исследования

Обследовали 96 женщин с диагнозом опийной наркомании в развернутой стадии. У 52% больных отмечались преморбидные пограничные психические расстройства, являющиеся патопластической почвой формирования дальнейших поведенческих нарушений, связанных со злоупотреблением ПАВ. Были выявлены расстройства зрелой личности (F60) у 33 пациенток, хронические изменения личности после перенесения катастрофы (F62) у 17 пациенток, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими функциями (F52) у 62 пациенток (сопутствующие расстройства). У остальных больных отмечались преморбидные акцентуации характера возбудимого (18 чел.), истерического (13 чел.) или гипертимного (15 чел.) типов. Средний возраст пациенток составлял 22,5 года, большинство больных (77%) получили среднее образование, были незамужем или разведены (84%), не имели постоянного места работы (65%). Средний наркотический стаж составлял 3,5 года, причем у 31% пациенток отмечалось сочетанное употребление различных наркотиков, у 29% больных — дополнительное употребление алкоголя.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, дополнительным — экспериментально-психологический с использованием опросника СМИЛ, теста Люшера, шкалы поиска острых ощущений

(М. Цукерман, 1964), модифицированной шкалы самооценки Дембо—Рубинштейна. Выявленные поведенческие расстройства в исследуемой группе были неоднородны по своим проявлениям, клинически дифференцировались следующие типы: поведенческие расстройства с преобладанием промискуитетных тенденций (46 чел. — 48%); поведенческие расстройства с преобладанием асоциальных тенденций (32 чел. — 33%); поведенческие расстройства с преобладанием суицидальных тенденций (18 чел. — 19%).

В данном исследовании изучали суицидальный тип поведенческих расстройств (другие типы описаны нами ранее [9]) у женщин, злоупотребляющих опиоидами. Незначительное число лиц, демонстрирующих суицидальную модель поведения, объясняется, с одной стороны, превалированием промискуитетных тенденций у лиц женского пола, с другой — низким содержанием суицидальных тенденций у женщин в общей популяции по сравнению с мужчинами. В то же время следует отметить, что сравнительно высокая встречаемость суицидальных тенденций у женщин, употребляющих наркотики, по сравнению с общей популяцией женщин, указывает на наличие специфических изменений поведения, которые формировались на фоне наркотизации и под его воздействием.

Результаты и их обсуждение

Проводя патодинамический анализ формирования суицидального поведения у обследованных больных необходимо отметить, что на начальном этапе пробного употребления наркотических веществ суицидальных тенденций не наблюдалось. Это отличало данную группу больных от предыдущих — с промискуитетными и асоциальными поведенческими расстройствами, у которых уже при эпизодическом употреблении ПАВ отмечались отчетливые поведенческие расстройства, определяющие дальнейшую патохарактерологическую трансформацию. При данном варианте выбор наркотиков, обстановка и процедура наркотизации, так же как и само решение употребления ПАВ, носили внешне случайный характер, были ситуационно обусловлены и не являлись закономерным итогом сформированных суицидальных патопластических характерологических образований, определяющих дальнейший суицидальный и наркотический жизненный сценарий.

При тщательном изучении анамнеза, в процессе подробной «автобиографической инвентаризации», направленной на поиск истоков суицидальных тенденций, лишь у трех пациенток удалось обнаружить идеаторную переработку вопросов «жизни-смерти» в пубертатном возрасте, не доходящей до масштабов «философской интоксикации»; 4 чел. указывали на психотравмирующее действие смерти близких людей с обнаружением возможности прекращения собственной жизни; 2 чел. обыденно относились к факту смерти, так как имели опыт столкновения с ней в своей жизни (автоавария, утопление); 3 пациентки отмечали наличие завершенных суицидов среди дальних родственников; 5 больных утверждали о возникновении суицидальных мыслей у близких родственников, принимавших участие в воспитании девочек. Несмотря на выявленную «суицидальную» тематику у больных на донаркотическом этапе, идеи и действия суицидального направления не были актуальны и обнаруживались лишь путем активного целенаправленного опроса.

Этап эпизодического употребления ПАВ характеризовался полинаркотизмом, случайностью выбора наркотиков, неизбирательностью и ситуационной обусловленностью наркотизации. Из 18 больных 13 чел. эпизодически употребляли каннабиноиды, 6 пациенток — психостимуляторы (экстази, амфетамин), 4 чел. — кокаин. На этом этапе обращает на себя внимание появление своеобразных «суицидальных игр» у четырех пациенток, которые проявлялись в различных действиях: самоудушении, пережимании сонной артерии, прекращении доступа кислорода. Больные утверждали, что их привлекали не только острота переживаний близости смерти (микромодель в виде потери сознания), но и необычные специфические ощущения, их сопровождавшие. Чувство витального риска дополнялось состоянием легкой эйфории от полученной гипоксии и последующего ощущения «освобождения» при приливе крови к головному мозгу. Психоаддитивные ощущения, полученные от «мягких» наркотиков усиливались дополнительными витально опасными действиями, поэтому переход к «жестким» наркотическим веществам (героину) был закономерен в плане углубления этих ощущений. Выявленные «суицидальные игры» на этапе эпизодической наркотизации, на наш взгляд, не являются истинно суицидальными, так как связаны с получением психофизиологического удовольствия. Вместе с тем, сама направленность поведенческих актов может служить маркером дальнейших поведенческих отклонений.

На этапе систематического употребления ПАВ наблюдался мононаркотизм с преимущественным внутривенным приемом героина. Разбавление героина димедролом (у пяти больных), эпизодическое употребление эфедрона (у трех больных) лишь дополняли психоаддитивный эффект опиатов, не нарушая целостности формирования опиной наркомании. При систематическом употреблении героина с последующим структурированием стержневых синдромов заболевания наблюдались вначале отдельные суицидальные высказывания, которые по мере углубления наркотической зависимости приобретали все более персистирующий характер.

Оценивая степень «истинности» высказываемых больными суицидальных мыслей, можно с определенностью говорить об их продуманной нарочитости, прагматической

целенаправленности с намерением вызвать к себе сочувствие (словесные формулы: «чем так жить, лучше умереть») для получения материальной компенсации за свою «несчастливость». На этом этапе особенно часто отмечались тонкие поведенческие манипуляции в форме провоцирующего поведения, когда, организовав конфликт, больные обвиняли окружающих в несправедливом к себе отношении. Пациентки манипулировали близкими, вызывая в них комплекс вины за их «разрушенную судьбу», тем самым усиливая в них созависимые тенденции. В процессе усиления наркотизации, увеличения доз героина, частоты приема препарата, на фоне возникших материальных затруднений тонкие психологические манипуляции сменялись грубым шантажным поведением с ведущим приемом суицидальной угрозы (словесные формулы: «если не поможешь, спрыгну с балкона» с вариантами «если не вернешь долги, то мне остается только умереть» и т.д.).

При развернутой картине заболевания с очерченным синдромом отмены, включавшим в себя алгические, диссоматические, соматовегетативные, психические нарушения, суицидальные высказывания сопровождалась суицидальными действиями, также носившими демонстративный характер. Переход вербальной суицидальной активности в поведенческую коррелировал с усилением психопатизации больных, снижением контроля своих эмоционально-волевых проявлений, их растормаживанием и инверсией. На высоте абстинентных проявлений больные наносили себе поверхностные порезы на предплечьях и другие самоповреждения, пытались вскрыть вены. Суицидальные действия носили постановочный характер, сопровождались бурной аффектацией (крики, рыдания), были рассчитаны на внешнего наблюдателя — ритм суицидальных инсценировок совпадал с ритмом наркотизации. Провоцирующими (триггерными) стимулами подобной модели поведения служил отказ выделить деньги на покупку наркотика, попытки принятия воспитательно-ограничительных мер в отношении больных. Со слов родственников суицидальные инсценировки выглядели достаточно пугающими, убедительными и практически всегда заканчивались «сворачиванием воспитательных программ» с дальнейшими уступками требованиям больных.

Таким образом, у ряда пациенток, злоупотребляющих опиатами, наблюдался образец поведения, внешне схожий с суицидальным поведением. Вместе с тем, его содержание не отвечает критериям истинного суицидального поведения с характерной этапностью в виде суицидальной predisпозиции, латентного, манифестного, острого пресуицида с последующей суицидальной попыткой, основой которой было бы осознанное желание покончить с собой, лишить себя жизни [1–3]. Отсутствовала суицидальная триада К. Meninger — стремление убить, быть убитым, покончить с собой, — что с психоаналитической позиции объясняется конфликтом инстинкта самосохранения и саморазрушения. Спорным является и само наличие суицидального конфликта, хотя прослеживаются отдельные признаки в виде невозможности получить желаемое обычным путем.

Описанные в литературе демонстративные суицидальные действия [4] также неполно характеризуют поведение обследованных больных из-за устойчивости и повторяемости выявленной модели. Персистирование этой модели

связано с характером отношения больных к своему суицидальному поведению. Авторами выделены 4 типа актуальности суицидального конфликта: суицидально-фиксированный, аналитический, критический и манипулятивный [1]. При последнем типе актуальность суицидального поведения сохраняется при нереализованных рентных установках. Полностью реализовать ненасыщаемую наркотическую потребность ряда больных крайне сложно, что и является основой повторяемости суицидальных моделей поведения, имеющих демонстративно-рентное содержание.

На наш взгляд, наиболее адекватным является определение «псевдосуицидального поведения», которое у больных героиновой наркоманией имело свою этапность, связанную с динамикой наркотизации. На донаркотическом этапе своеобразными предикторами у ряда больных являлись «суицидальные игры»; на начальном этапе заболевания отмечались суицидальные высказывания с целью манипулирования и суицидального шантажирования; при развернутой картине заболевания появлялись суицидальные действия постановочного характера, тематически связанные с фактом злоупотребления наркотиками.

Наблюдаемые поведенческие расстройства формировались на основе выраженных преморбидных отклонений в 50% случаев (у девяти больных), которые в подростковом возрасте оценивались как патохарактерологические реакции; в период эпизодического употребления наркотиков эти расстройства трансформировались в патохарактерологическое развитие личности со стереотипизацией моделей поведения; в период систематического употребления выбранного наркотического вещества (героина) переходили в клинически оформленное расстройство зрелой личности (психопатию) с периодами адаптации и дезадаптации. Наконец, при развернутой второй стадии заболевания псевдосуицидальное поведение входило в структуру выраженной психопатизации истерического круга с малым адаптационным потенциалом и низким содержанием ремиссий.

Оценивая содержательную сторону преморбидной структуры личности пациенток, можно с уверенностью констатировать наличие выраженного истерического радикала у половины обследованных (на уровне формирующейся психопатии) и отдельных истероформных проявлений у остальных девяти больных (на уровне истерической акцентуации). Были выявлены механизмы формирования истерообразований у пациенток в форме неверно выбранных моделей их воспитания родителями — потворства, попустительства, вседозволенности, заласкивания, некритического отношения к поведению с подчеркиванием неординарности и исключительности. Патохарактерологические реакции с эпизодическим употреблением наркотиков при этой форме воспитания (у семи больных) проявлялись в уходе из-под «наскучившей» семейной опеки в более радикальные пронаркотические молодежные круги, где привлекала возможность повторения «домашнего» успеха среди значимых лиц. «Чистота» истерических проявлений выражалась в глубине эгоцентрических установок со стремлением получить желаемое «здесь и сейчас», игнорированием внешней ситуации, требованием обеспечения (как правило, материального) нового образа жизни с пронаркотическими друзьями и увлечениями. Для этих

обследованных больных была характерна иллюзорная самооценка с причислением себя к элитарной, «золотой» молодежи.

Другой патологический механизм истероформирования заключался в неровном, парадоксальном, «мозаичном» воспитании пациенток с чередованием периодов восторженной гиперопеки и полного их игнорирования. Истерические реакции, которые по мере усиления наркотизации становились все более просуицидальными, возникали по оппозиционным мотивам, сопровождались реакциями «назло», стремлением обратить на себя внимание с помощью неадекватного поведения, желанием отомстить за имевшиеся или выдуманные обиды. По мере увеличения наркотического стажа заметно снижалась сценарная проработка истерических манипуляций, но постоянными были обвинения в адрес родителей, выставление себя в роли «жертвы», излишняя драматизация ситуации.

Данные экспериментально-психологических исследований коррелировали с клиническим материалом. Показатели СМЛ (пики на шкалах профиля теста) находились в зоне умеренной дезадаптации (71-75Т) у 72% женщин и выраженной дезадаптации (75Т) у 28% больных. Отмечалось повышение по 4-й шкале (психопатии) у 90% пациенток, причем у трети из них — в зоне выраженной дезадаптации. Обращало внимание повышение по 2-й шкале (тревоги) в зоне легкой (66-70Т) и умеренной дезадаптации у всех обследованных больных и по 3-й шкале (истерии) у 52% пациенток. Ситуационно, после перенесенного состояния отмены, повышалась 1-я шкала (ипохондрией) у 30% больных, которая после повторного тестирования вновь снижалась.

Согласно классическим интерпретациям профилей личности по тестам ММРІ и СМЛ [7, 10], наиболее часто в общей популяции наблюдается повышение по 2-й шкале (тревоги), 4-й шкале (психопатии), 1-й шкале (ипохондрией), 7-й шкале (психастении). Эта же тенденция отмечается у лиц, злоупотребляющих ПАВ, с присоединением пика по 6-й шкале — параноидности [10]. Повышение по 3-й шкале (истерии) довольно редки даже при наличии очерченной клиники, поэтому высокие показатели у 52% обследованных нами больных по данной шкале являются маркерами истерической трансформации личности — либо преморбидной, либо приобретенной в процессе наркотизации.

Показатели по «шкале поиска острых ощущений» были наименее выраженными по сравнению с двумя другими группами (промискуитетным и асоциальным поведением). Только у 10% больных отмечались максимальные показатели в 13—16 баллов. Подобный результат объясняется, вероятно, структурой вопросов теста, в содержание которых не входило получение острых ощущений в процессе суицидальных манипуляций. Исследования с помощью цветового теста Люшера не выявило каких-либо закономерностей в выборе цветов больными этой группы.

Заключение

Таким образом, описанный нами суицидальный (псевдосуицидальный) тип поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами, характеризовался рядом особенностей, связанных с преморбидной структурой личности больных, динамикой конкордантного патомор-

фоза с наркоманическими проявлениями, что необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мер и составлении дифференцированной психотерапевтической программы для подобного контингента больных.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации — М., 1980. — 48 с.
2. Бачериков Н. Е., Згонников П. Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия/ Под ред. Н. Е. Бачерикова. — К.: Здоровья, 1989. — С. 456-479.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. — К.: А. Л. Д., 1996. — С. 104-148.
4. Куракин А. А. О демонстративных суицидальных действиях и их экспериментально-психологической оценке // Неврозы и пограничные состояния/ Под ред. В. Н. Мясичева, Б. Д. Карварского, А. Е. Личко// Сб. науч. трудов НИИ психиатрии им. В.М.Бехтерева. — Л., 1992. — С. 90-96.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб: Оверлайд, 1994. — 303 с.
6. Мохначев С. О. Героиновая наркомания у женщин: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2001. — 26 с.
7. Собчик Л. Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. — СПб.: Речь, 2003. — 219 с.
8. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Суицид: Хрестоматия по суицидологии. — К.: А. Л. Д., 1996. — С. 161-176.
9. Шайдукова Л. К. с соавт. Особенности промискуитетного поведения женщин, страдающих опийной наркоманией // Предупреждение наркомании: социальная стратегия, тактика и опыт организации. — Казань, 2003. — Ч.I. — С. 175-182.
10. Donovan D. M., Chaney E. F., OLeary M. K. Alcoholic MMPI subtypes // J. Nerv. Ment. Dis. — 1987. — Vol.166, №8. — P. 553-561.

"PSEUDOSUICIDAL" BEHAVIORAL DISORDERS IN GIRLS WITH OPIOID ADDICTION

SHAIIDUKHOVA L.K. Dr.med.sci., professor, Kazan state medical university
TIKHANOV R.A. Kazan state medical university

In 18 female patients with heroin addiction there were found specific behavioral disorders defined as "pseudosuicidal". The "pseudosuicidal" behavior developed in several stages. At the preaddiction stage the predictors in some patients were in a form of "suicidal games". At the early stage of addiction the patients were demonstrating suicidal sayings for manipulation and blackmail. At the later stage of the disease the patients performed suicidal actions connected with the drug addiction. The depicted behavioral disorders in female drug addicts had specific features due to premorbid personal structure, dynamics of concordant pathomorphosis with drug addiction.