

Аутоагрессивное поведение больных опийной наркоманией и их жен

БИСАЛИЕВ Р.В.

к.м.н., зам. руководителя наркологического учебно-научно-лечебного центра
Астраханской государственной медицинской академии

Дан анализ проблемы семейных взаимоотношений при наркомании. Рассматриваются динамика и роль семейных стилей в развитии аутоагрессивного поведения. Так как основная масса родственников наркологических больных находится в трудоспособном возрасте, вопрос эффективной профилактики психических расстройств среди этого контингента имеет принципиальное социально-экономическое значение.

Введение

Значимость проблемы аутоагрессивного поведения в современных социально-экономических условиях очевидна. Отмечается постоянный и повсеместный рост различных форм суицидального поведения (мысли, попытки). Неутешительные прогнозы по суицидам и суицидальным попыткам в Российской Федерации отражают насущную необходимость решения данной проблемы на государственном уровне с привлечением всех социальных институтов.

Совершенно справедливо высказывание Г.Я. Пилигиной [6], которая полагает, что основная лечебно-профилактическая работа в суицидологии, несмотря на ее реальную неадекватность и несоответствие актуальности этой проблемы, направлена на суицидентов, совершивших попытки самоубийства. По мнению автора, суицидальные действия большинством психиатров и психологов рассматриваются как основные, если не единственные, проявления аутоагрессии. Поэтому разнообразные эквивалентные формы саморазрушения (автор относит к ним наркологические расстройства), способные приносить существенно больший ущерб личности и социуму, остаются вне поля зрения.

Незаслуженно меньше внимания уделяется проблеме аутоагрессивного поведения в микросоциальном (семейном) окружении больных наркоманиями. Вместе с тем, многочисленные исследования свидетельствуют о том, что семейные факторы (семейная утрата, развод, благополучие семьи) играют главенствующую роль в формировании и развитии аутоагрессивного поведения [18].

Вышесказанное обуславливает целесообразность изучения феноменологии аутоагрессивного поведения как у больных опийной наркоманией, так и у членов их семей.

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение аутоагрессивности у больных опийной наркоманией и у их жен.

Пациенты и методы исследования

За период 2005—2008 гг. были обследованы 34 семьи больных опийной наркоманией, другими словами, 34 мужчины, больные наркоманией (МБН), и соответственно их жены (ЖМБН), возраст обоих супругов находился в пределах 18—38 лет (средний возраст $26 \pm 1,7$ года). Все пациенты находились на стационарном лечении в Астраханском областном наркологическом диспансере (АОНД) и в наркологическом учебно-научно-лечебном центре (НУНЛЦ) при Астраханской государственной медицинской академии (АГМА).

Больные обследовались только по выходу из острого абстинентного синдрома (ОАС), в среднем на 43-й день после последнего употребления наркотика. Клинический статус больных на момент обследования был квалифицирован как постабстинентное состояние (F11.21, F11.3 по МКБ-10).

В исследуемый контингент не включались больные с сочетанными формами зависимости; с соматическими, неврологическими заболеваниями в стадии обострения; с коморбидными психическими нарушениями.

Жены больных добровольно проходили амбулаторное психологическое, психотерапевтическое консультирование и лечение. Психофармакотерапия этому контингенту лиц не назначалась.

В качестве стимульного материала каждому участнику настоящего исследования предлагался для совместного заполнения с психиатром-наркологом опросник, направленный на выявление паттернов аутоагрессивного поведения в прошлом и в настоящем. При составлении текста опросника Д.И. Шустов [12] руководствовался двумя принципами:

1. В текстовую часть были включены вопросы, касающиеся известных в специальной литературе проявлений аутоагрессивной направленности в чувствах, мыслях, поведении, а также вопросы, отражающие риск возможного аутоагрессивного поведения или амнестические предикторы;

2. Опросник имеет выраженную психотерапевтическую направленность уже на этапе сбора анамнеза или первого диагностического интервью.

Несмотря на устоявшуюся в литературе точку зрения относительно общности патогенетических механизмов аддиктивных расстройств, на наш взгляд, аутоагрессивное поведение для каждой из указанных групп будет иметь специфические особенности.

Результаты исследования и их обсуждение

Первоначально изучались суицидальные феномены у МБН и у ЖМБН, статистическая характеристика которых представлена на рис. 1.

Суицидальные мысли в различные периоды жизни (до брака, в первые годы супружества) в обеих группах достоверно не различались. Следовательно, имеется изначальная суицидальная напряженность. В последние в 1—2 года семейной жизни количество суицидальных мыслей значительно превалировало в группе мужчин, больных опийной наркоманией. Думается, что в процессе развития аддиктивного расстройства наркомания в суицидальном отношении протекает более злокачественно, чем созависимость, так как помимо психологических и социальных факторов существенную роль в суицидогенезе при опийной наркомании играет вторичная психопатизация личности, обусловленная токсическим действием наркотиков на центральную нервную систему. Декомпенсация психопатий в группе больных опийной наркоманией наблюдалась в 17,6% случаев. Преобладали расстройства возбудимого, истерического, неустойчивого круга.

Количество суицидальных попыток в обеих группах до брака и в ранние сроки семейной жизни также не достигало статистической разницы, что лишь подтверждает предположение об аккумуляции аутоагрессивных тенденций и манифестации их в динамике развития аддиктивного поведения (зависимости и со-

зависимости). Установлено высокодостоверное превышение показателя «Суицидальные попытки в последние 1—2 года» в группе больных опийной наркоманией. Этот факт объясняется клинико-динамическими особенностями заболевания. Постабстинентный период у пациентов-мужчин протекал в виде выраженных аффективных расстройств: сниженного настроения, тревожности, раздражительности. Отмечались нарушения сна, кошмарные сновидения и сновидения, связанные с наркотизацией, навязчивые мысли о наркотиках, снижение социальной активности. Подавляющая часть опиоманов считала свое существование бессмысленным, бесперспективным: «Мне ничего не надо». У них возникали суицидальные мысли с последующей реализацией суицидального намерения.

Что касается жен, то они, напротив, в период ремиссии зависимых мужей отмечали у себя оптимистическое настроение, нормализацию сна, аппетита, повышение социальной активности, расширение круга общения, они также строили планы на будущее. При взаимоотношениях с больными мужьями во многом им потакали, создавали охранительный режим, избегали конфликтов: «Если не напоминать о прошлом, все станет на свои места». Таким образом, суицидальная активность была значительно ниже в данной группе.

В группе больных опийной наркоманией преобладали самопорезы — 78,2%; в группе созависимых жен — отравления медикаментами (бензодиазепинами, транквилизаторами) — 71,4%. За ними следовали: самоповешение — 13,0 и 14,2%; самоотравление — 8,8 и 14,2% соответственно. Повторные суицидальные попытки в группе мужчин констатировались в 43,4% случаев, что свидетельствует о гораздо большей суицидальной склонности больных опийной наркоманией по сравнению с созависимыми женами — 28,5%.

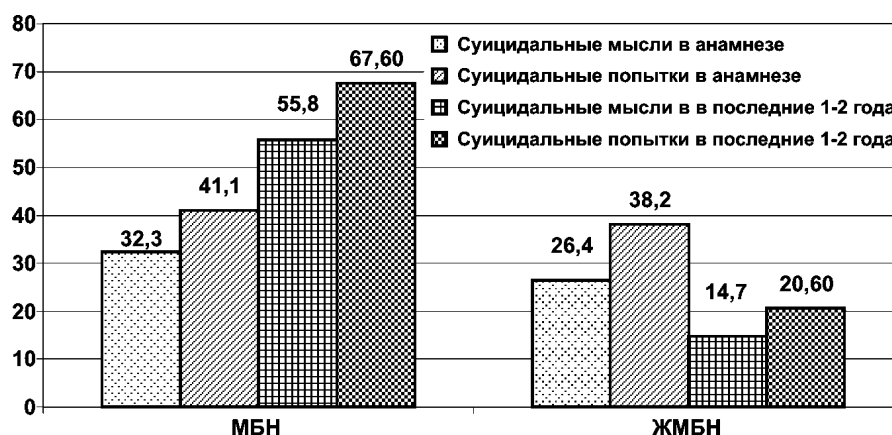


Рис. 1. Процентное соотношение суицидальных форм аутоагрессивного поведения у мужчин, больных опийной наркоманией (МБН) и их жен (ЖМБН)

Следует отметить выявленную интересную закономерность в сравниваемых группах. Количество суицидальных мыслей и попыток внутри каждой группы в различные периоды жизни было примерно одинаковым. Однако суицидальное поведение (мысли, попытки) у созависимого контингента в последние годы супружества было выражено слабее, чем до брака и в ранний период семейной жизни. Возможно, это является результатом многолетней закладки «программы саморазрушения» в виде семейного наследования. Снижение суицидальной активности обусловлено более быстрой стабилизацией психического статуса созависимых женщин в период ремиссии у больных опийной наркоманией.

Следующим этапом было изучение феноменологии несуицидальных форм аутоагрессивного поведения, в частности в соматической сфере (рис. 2).

Как видно из рис. 2, различия по показателю «Наличие хронических заболеваний» между группой МБН и группой ЖМБН не достигали степени статистической достоверности. Среди соматических расстройств в группе зависимых от опиатов констатировались хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастродуодениты, гепатиты, а в группе созависимых жен — стенокардия, гипертоническая болезнь, бронхиты.

Весьма высокими в обеих группах были показатели «Обострение хронических заболеваний», «Наличие хронических заболеваний 2 и более», «Наличие хронических заболеваний 4 и более». Другими словами, группу больных химической зависимостью, равно как и группу созависимых жен, характеризуют накопление соматических заболеваний, их частое обострение, запущенность.

Безусловно, соматическая патология при опийной наркомании обусловлена непосредственным токсическим действием наркотиков и их примесей на различные органы и системы [2, 3]. Данные по поражению внутренних органов от психоактивных веществ колеблются в пределах от 7 до 100% [4, 11]. В то же время применение опасных средств (79,4% опрошенных не отрицали, что знали о вводимых в состав наркотика таких ингредиентах, как стиральный порошок, мука), безразличное и халатное отношение к имеющимся заболеваниям, к своему здоровью — «Все бесполезно» — может свидетельствовать об осознаваемой/неосознаваемой реализации больными наркоманией аутоагрессивных импульсов, направленных на соматическую сферу. С другой стороны, это объясняется дефицитностью внутреннего контроля, которая проявляется доминированием сиюминутных побуждений (обострение патологического влечения) и невозможностью точной оценки риска собственных действий, неспособностью подчинить свою деятельность более отдаленным целям, анозогнозией [10].

Обращает на себя внимание тот факт, что в группе зависимых пациентов существенно реже встречаются серьезные и мелкие оперативные вмешательства, в том числе и многократные (более четырех). Иными словами, соматическая аутоагрессия преимущественно наблюдается в структуре созависимости.

При исследовании представленности психических вариантов аутодеструктивного поведения в сравниваемых группах установлен ряд закономерностей (рис. 3).

Показатель «Употребление алкоголя» в группе больных опийной наркоманией (41,1%) превышал таковой в группе созависимых жен (20,6%). Подавляю-

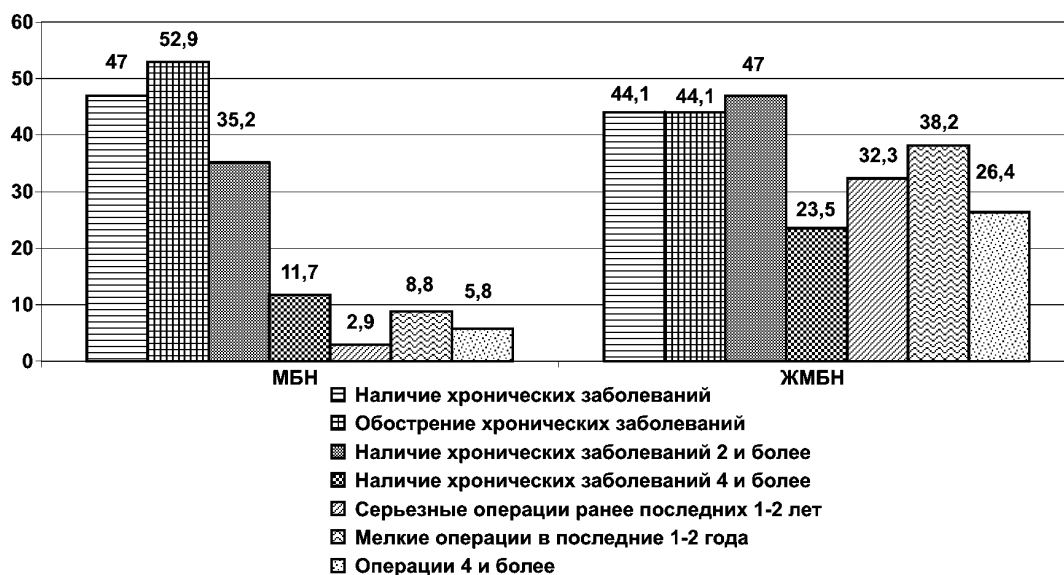


Рис. 2. Процентное соотношение показателей соматической аутоагрессии у мужчин, больных опийной наркоманией (МБН) и их жен (ЖМБН)

щая часть обследованных группы МБН употребляла спиртные напитки в период ремиссии с целью купирования аффективных (сниженное настроение, раздражительность, враждебность, тревожность) и поведенческих расстройств. Отечественные исследователи справедливо указывают на то, что периоды ремиссии опиоидной наркомании во многих случаях характеризуются тенденцией к вторичному (викарному, заместительному) употреблению неопиоидных психоактивных веществ [5]. Злоупотребление алкоголем относится к наиболее распространенным вторичным аддиктивным нарушениям и наблюдается более чем у 80% больных опиоидной наркоманией [8]. Доказано, что сопутствующее опиоидной зависимости злоупотребление алкоголем и другими ПАВ существенно повышает как риск передозировки наркотиков, так и риск летального исхода при передозировке [16, 20]. Злоупотребление алкоголем в структуре опиоидной наркомании рассматривается в качестве маркера неблагоприятной динамики психических нарушений и предиктора неблагоприятного течения болезни в целом [7]. Супруги мужчин, больных опиоидной наркоманией, употребляли алкоголь с целью нейтрализации эмоциональных нарушений (раздражительности, беспокойства, тревожности, депрессии, гнева, агрессии) либо для преодоления психического дискомфорта, что соответствует описанной в литературе гипотезе «самолечения» (self-medication hypothesis) [13, 15].

Иллюстративен показатель «Курение табака», который также был выше в группе зависимых лиц. Причем курение, на наш взгляд, носит аутодеструктивный характер. Как правило, больные выкуривали большое количество сигарет без фильтра (1–2 пачки в день), после чего отмечалось ухудшение соматического статуса. Тенденция к выкуриванию большого количества сигарет в группе созависимых не обнаружена. Существует достаточно много работ, указывающих на позитивные корреляции между аутоагрес-

сивным поведением и суицидом, с одной стороны, и употреблением алкоголя, наркотиков, злокачественным курением табака, с другой [9, 17].

От группы МБН группа ЖМБН достоверно отличалась склонностью к аноректическим реакциям или эпизодическим приступам повышенного аппетита.

Характеризуя внутригрупповые значения показателей психической аутоагрессии, следует отметить, что в группе мужчин, больных опиоидной наркоманией, ведущей формой аутоагрессивного поведения является табачная зависимость, а в группе созависимых супругов — расстройства пищевого поведения. Выявленные особенности подтверждают точку зрения относительно распространенности указанных расстройств по половому признаку и в то же время демонстрируют способы саморазрушения, используемые больными опиоидной наркоманией и созависимыми женами, а именно: опиоманы чаще прибегают к химическим аддиктивным агентам, созависимые — к нехимическим аддиктивным агентам.

С позиций социально-бытовой и профессиональной аутоагрессии найдены различия по показателю «Удача семейной жизни», который был выше в группе созависимых жен (рис. 4).

Пациенты считали свой брак «несчастливым, преждевременным». В декларируемом предразводном состоянии находились 52,9% патологизированных семей. В отличие от созависимых супругов, больные опиоидной наркоманией проявляли настойчивость в скорейшем разводе: «Надоело ждать, быстрее бы это разрешилось». На момент исследования 23,5% семей были в официальном разводе. Респонденты обеих групп сообщали о предразводном и послеразводном периодах как самых «страшных, кошмарных». Эти периоды сопровождались постоянными конфликтами, ссорами, упреками. Психопатологическая симптоматика была представлена аффективной неустойчивостью, раздражительностью, сниженным настроением с суицидаль-

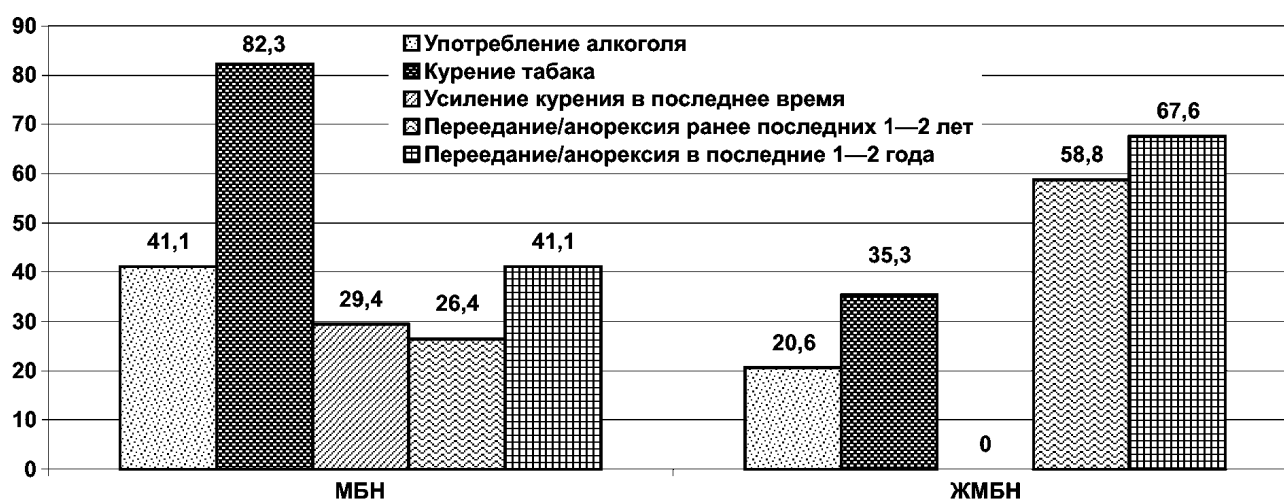


Рис. 3. Процентное соотношение показателей психической аутоагрессии у зависимых от опиатов мужчин (МБН) и их жен (ЖМБН)

ными мыслями. Вышесказанное согласуется с данными литературы. Так, К. Аронс [1] подчеркивает, что многие семьи агонизируют годами перед юридическим оформлением развода, утверждая, что это было самое тяжелое время в их жизни.

Весьма высокими в обеих группах были данные по частым фактам обворовывания ($p \geq 0,05$), что свидетельствует об общности психогенеза аутоагрессивных, а точнее, виктимных феноменов при аддиктивных расстройствах.

Потеря профессионального статуса также относится к скрытой форме аутоагрессии [14]. В наших исследованиях показатель «Потеря работы» в группе МБН достоверно превышал аналогичный показатель группы ЖМБН. Суицидоопасность феномена безработицы заключалась в том, что увольнение с работы и снижение по служебной лестнице в ряде случаев формировали у пациентов заниженную самооценку, вызывая разочарование, снижение настроения с суицидальными мыслями. Систематические прогулы, невыполнение профессиональных обязанностей, конфликты с администрацией и коллегами были связаны с наркотизацией. Однако просматривается психологический механизм «вызывания агрессии на себя», проявляющийся провоцированием неоднократных наказаний, вербальной агрессии со стороны руководства и микросоциального окружения. При проработке этого механизма на психотерапевтических сеансах у больных формировалось понимание своего непродуктивного, а точнее, саморазрушающего стиля поведения. Более того, они выражали желание работать. Тем не менее, в реальности наблюдалось пассивное отношение к социальной ситуации.

Судимости фиксировались только в группе больных опийной наркоманией. В основном преобладали преступления против имущества (кражи, грабежи — 73,0%) и незначительное количество — против личности (27,2%). Некоторые пытались совершить попытки самоубийства (27,2%) путем самоповешения и членовредительства (заглатывание острых предметов, самопорезы). Кстати, М. Milovanovic (цит. по [19], с. 55) в рамках исследований, выявляющих корреляции между антисоциальными расстройствами личности и степенью выраженности аутоагрессии, обнаружил сочетаемость последней с имущественными преступлениями (4,7%) и в 3,3 раза меньше — с убийствами (1,4%). Сдерживающими мотивами антисоциальных поступков у созависимых жен являлись: общественное мнение, семья и эстетические аспекты (боязнь потерять женственную привлекательность).

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что группа больных опийной наркоманией имеет большую склонность к суицидальному поведению. Так, в данной группе установлено достоверное превышение всех форм суицидального поведения (мысли, попытки). Однако следует отметить, что суицидальное поведение в обеих группах до брака и в ранние периоды семейной жизни не различалось. Можно предположить, что с формированием аддиктивного поведения (опийная наркомания, созависимость) актуализируются «спящие» суицидальные тенденции, т.е. указанные феномены изначально являются суицидоопасными состояниями.

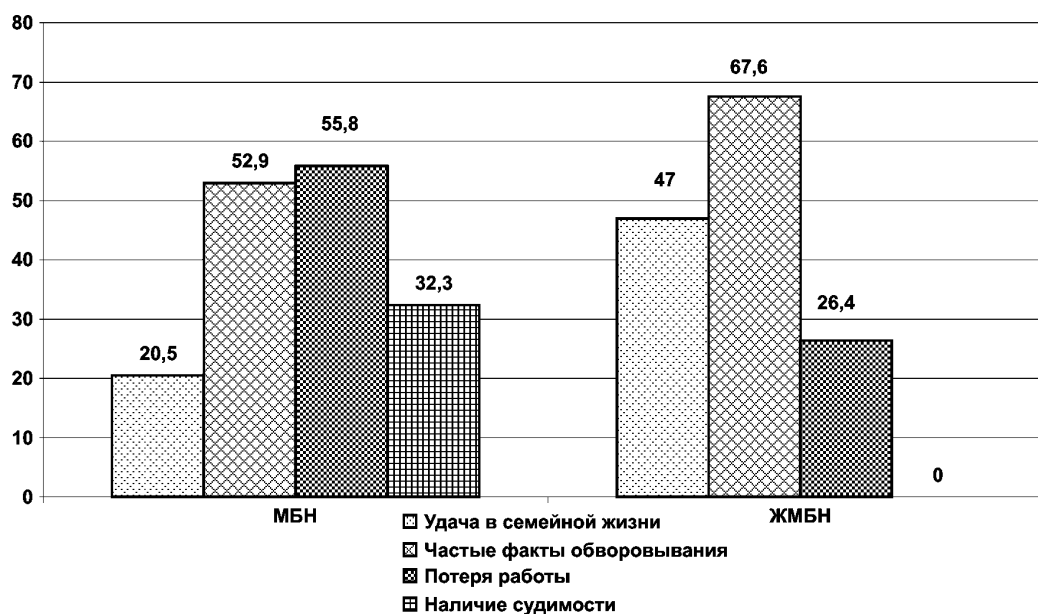


Рис. 4. Процентное соотношение показателей социально-бытовой и профессиональной у зависимых от опиатов мужчин (МБН) и их жен (ЖМБН)

Среди суицидальных попыток у больных опийной наркоманией преобладали самопорезы (78,2%), у созависимых жен — самоотравление психотропными препаратами (71,4%). За ними следовали самоудушение (13,0%, группа больных опийной наркоманией) и самопорезы вен (14,2%, группа созависимых жен); самоотравление — 8,8% и самоповешение — 14,2% соответственно. Повторные суицидальные попытки в группе мужчин констатировались в 43,4%, в группе созависимых жен — в 28,5% случаев.

Что касается несуицидальных форм аутоагрессивного поведения, то они в сравниваемых группах распределены следующим образом:

1) соматическая аутоагрессия преимущественно наблюдается в структуре созависимости, так как в группе зависимых пациентов существенно реже отмечаются серьезные и мелкие оперативные вмешательства, в том числе многократные (более четырех);

2) психическая аутоагрессия. Достоверные различия выявлены только по способам саморазрушения: больные опийной наркоманией — с помощью химических аддитивных агентов (употребление алкоголя и табака), созависимые — нехимических аддитивных агентов (анорексия, булимия);

3) социально-бытовая и профессиональная аутоагрессия. Больные опийной наркоманией достоверно чаще испытывали негативное отношение к семейной жизни, были безработными и имели судимости. И больные опийной наркоманией, и их созависимые жены подвергались частым обворовываниям.

Выявленные паттерны аутоагрессивного поведения у больных опийной наркоманией и их созависимых жен указывают на необходимость поиска и разработки оптимальных диагностических и терапевтических методов, направленных на суицидальную и несуйцидальную превенцию.

Список литературы

1. Аронс К. Развод: крах или новая жизнь? / Пер. с англ. — М.: Мирт, 1995. — 448 с.
2. Бисалиев, Р.В. Морфоклинические особенности системы органов дыхания при воздействии психоактивных веществ // Наркология. — 2007. — №1. — С. 59—62.
3. Богомолов Д.В. Варианты танатогебеза при острой и хронической интоксикации // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. — М., 2000. — С. 335—337.
4. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
6. Пилягина Г.Я. Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов) // Таврический журнал психиатрии. — 2002. — Т. 6, №2. — С. 52—56.
7. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
8. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 26—34.
9. Тукаев Р.Д. Психобиологический компонент суицидального поведения // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14. — С. 103—109.
10. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. и др. Дефицитность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией как фактор наркотизации // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 48—54.
11. Шигеев С.В., Панов И.Е. Диагностика отравления наркотическими препаратами // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. — М., 2000. — С. 354—355.
12. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
13. Bologoini L. et al. Drug use and suicidal attempts; the role of personality factors // Subst-Use-Misuse. — 2002. — Vol. 37. — P. 337—356.
14. Boyd L. Closing Escape Hatches: decisions for healthy living // Transactional Analysis Journal. — 1986. — Vol. 16, №4. — P. 247—259.
15. Cacciola J.S. et al. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in maintained patients // Drug-Alcohol-Depend. — 2001. — Vol. 61. — P. 271—280.
16. Darke S., Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors, and methods // Addiction. — 1997. — Vol. 97. — P. 1383—1394.
17. Hemenway D., Solnik S. L., Colditz G.A. Smoking and suicide among nurses [see comments] // A. J. Public. Health. — 1993. — Vol. 6. — P. 83—88.
18. Konopacka J. Psychologiczna analiza przyczyn samobojstw dokonywanych przy uzuciu srodkow toksycznych // Przegl. Lek. — 1999. — Vol. 47, №6. — P. 492 — 496.
19. Puric-Pejakovic J., Dunjic D.J. Samoubistvo adolescenata. — Beograd: Zebra, 1996. — 168 с.
20. Warner-Smith M., Darke S., Day C. Morbidity associated with non-fatal heroin overdose // Addiction. — 2002. — Vol. 97. — P. 963—967.