

Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом

МЕРИНОВ А.В.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии

ШУСТОВ Д.И.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Рассматриваются семьи мужчин, страдающих алкоголизмом, с позиции аутоагрессивного поведения. Проведен анализ представленности у супругов в подобных семьях аутодеструктивных феноменов и клиничко-анамнестических предикторов суицидального поведения. Мужья и жены из «алкогольных» браков достоверно обнаруживают высокую представленность антивитальных проявлений в сравнении с контрольными группами как в плане суицидальной, так и несуйцидальной аутоагрессии. Полученные данные помогут более дифференцировано подходить к терапии алкогольной зависимости и созависимости в рамках семейно-брачной психотерапии с учетом имеющегося аутоагрессивного компонента алкогольного брака.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, алкоголизм, алкогольный брак, созависимость

Введение

Имеется большое количество исследований, подчеркивающих наличие прямой связи между алкогольной зависимостью и аутоагрессивными формами поведения [10, 11], но в большинстве из них акцент сделан на суицидальных вариантах [15]. Следует также помнить, что алкогольная аутоагрессия не ограничивается суицидальным поведением, а представляет собой гораздо более обширное явление [3, 12]. В связи с этим из поля зрения наркологической и суицидологической служб часто выпадает огромный пласт феноменов, сопровождающих алкоголизм, которые потенциально являются аутоагрессивными [14]. Что касается положения жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, то в большинстве исследований чаще констатируется накопление у них соматической и нервно-психической патологии, семейных проблем, описываемых в терминах понятия *созависимость* [5, 13, 17]. Суицидальные акты у жен подвергаются в основном «констатирующему» изучению [2], а большинство несуйцидальных аутоагрессивных паттернов чаще «опускаются» либо рассматриваются как случайные находки, не характеризующие группу в целом.

Нами проведена исследовательская работа, направленная на выявление саморазрушающих паттернов поведения и предикторов аутоагрессивности у супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), в контексте последующей психотерапии состояния зависимости и созависимости.

Объект и методы исследования

Нами были обследованы 41 МСАЗ и их супруги. В качестве контрольных групп использована 31 семья, в которых муж (мужчина, не страдающий алкогольной зависимостью — МНАЗ) и жена не имели признаков алкогольной зависимости, а также 40 молодых мужчин и 40 молодых женщин без при-

знаков алкогольной зависимости и опыта брачной жизни.

Обследованные МСАЗ клинически находились во второй стадии заболевания. Средний возраст МСАЗ составил $37,74 \pm 0,91$ года. Длительность имеющегося брака — $13,85 \pm 0,92$ года. Средний возраст супруг МСАЗ составил $37,32 \pm 1,01$ года. Длительность имеющегося брака — $13,95 \pm 0,92$ года.

Характеристика контрольных групп. Средний возраст МНАЗ составил $38,41 \pm 0,82$ года. Срок семейной жизни в последнем браке составил $16,59 \pm 1,1$ года. Средний возраст жен МНАЗ составил $37,29 \pm 0,83$ года. Срок семейной жизни в последнем браке составил $16,62 \pm 1,12$ года. Возраст молодых людей, без признаков алкоголизма и опыта брачной жизни, составил в мужской группе — $20,1 \pm 0,3$ года, в женской — $21,1 \pm 2,3$.

Проведено анкетирование МСАЗ, их супруг и лиц из контрольных групп. В качестве стимульного материала каждому респонденту предлагался для совместного заполнения с врачом опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем. Результаты исследования подвергались вариационно-статистической обработке, дисперсионному анализу с использованием пакета Statistika 6.0.

Результаты и обсуждение

Аутоагрессивность жен МСАЗ

Жены МСАЗ представляют наиболее аутоагрессивную группу в сравнении с молодыми незамужними женщинами и женами МНАЗ. Наиболее полярной женом МСАЗ является группа жен МНАЗ. Рассматривая представленность классических форм аутоагрессии (парасуициды, суицидальные мысли), «женские» группы можно расположить в следующем континууме (по убывающей степени): жены МСАЗ →

молодые незамужние женщины → жены МНАЗ, что отражено на рис. 1.

Отметим, что наличие суицидальной попытки в анамнезе у женщин имеет важное прогностическое значение в плане повторения парасуицида [16]. Количество парасуицидов у жен МСАЗ составило 16,13%. Из шести случаев парасуицида (у пяти жен МСАЗ) пять осуществлены путем отравления медикаментами (83,3%) и один (16,7%) через самоповешение. Повторный парасуицид встретился у одной супруги МСАЗ.

Преимущественными направлениями реализации аутоагрессивных тенденций у жен МСАЗ, отличающими их как от жен МНАЗ, так и от молодых незамужних женщин, являются аутоагрессия, реализованная через соматическую сферу (накопление соматических заболеваний более четырех у одного человека — 19,35%; их частые обострения; наличие легких — 34,5% и сложных оперативных вмешательств — 32,3%; оперативных вмешательств более четырех у одного человека — 25,8%; $p < 0,05$), наличие множества анамнестических и клинических предикторов аутодеструкции (одиночества в последние 2 года — 45,16%; пролонгированного чувства вины — 77,4%; навязчивого стыда — 61,3%; безысходности — 45,16%; суицида или парасуицида у родственников — 35,5%; опыта тесного общения с будущим самоубийцей — 38,7%; $p < 0,05$), в меньшей степени — аутоагрессия, опосредованная через рискованное поведение (несчастные случаи — 32,3%, акцепция физического — 32,26% и сексуального насилия — 22,58%, травматическая патология — 38,7%; $p < 0,05$). Отметим, что безысходность [6, 11] и оди-

ночество [19], достоверно характеризующие жен МСАЗ, относятся к наиболее прогностически важным в суицидологической практике. Представляет интерес и найденное «бихевиоральное» звено (анамнестическая отягощенность суицидами родственников), формирующее суицидальные стереотипы решения жизненных коллизий и «семейный стиль умирания» [20].

Изолированные отличия жен МСАЗ от жен МНАЗ представлены более широким спектром, включая вышеперечисленные, а также аутоагрессию в сфере психики: присутствие признаков алкогольной зависимости у 12,9% жен МСАЗ ($p < 0,05$); курение — 32,3% ($p < 0,05$); колебания аппетита — 64,5%, в основном как прямо ассоциированные с депрессивным настроением, что относится к наиболее суицидоопасным вариантам депрессии [4], так и не связанным с депрессией ($p < 0,05$).

Найденные у жен МСАЗ особенности аутоагрессивного спектра не носят возрастного характера, так как не найдено параллельного нарастания изучаемых признаков в сходной по возрасту группе жен МНАЗ.

При изучении аутоагрессивных особенностей жен МСАЗ, нами обнаружены любопытные «мифы», объясняющие мазохистически-виктимную позицию этих женщин:

1) идея необходимости страдания в браке как вариант «русской женской доли», иллюстрацией чего служит пословица «Бьет, значит — любит»;

2) патогномичной для жен МСАЗ является идея реинкарнации, часто сочетаемые с православными установками на всепрощение и долготерпение. В большинстве случаев реинкарнация рассматривает-

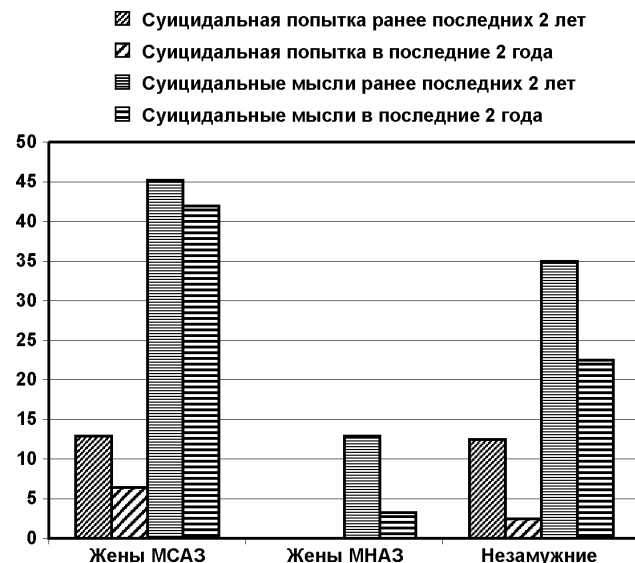


Рис. 1. Представленность суицидальных паттернов в группах жен МСАЗ, жен МНАЗ и молодых незамужних женщин

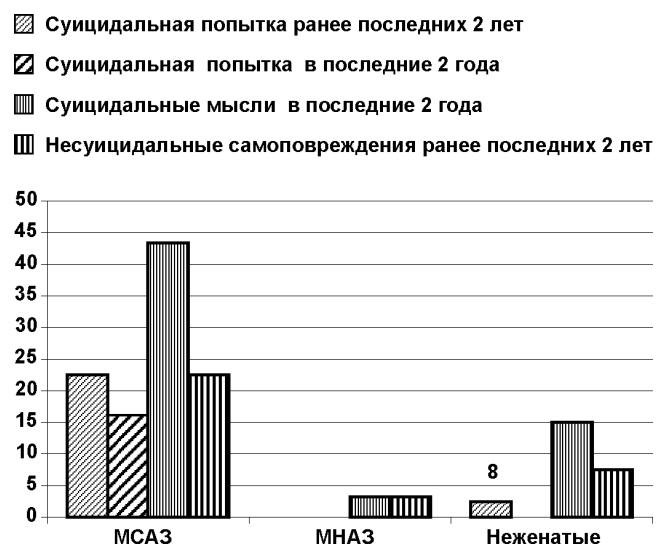


Рис. 2. Представленность классических вариантов аутоагрессивного поведения в группах МСАЗ, МНАЗ и молодых неженатых мужчин

ся как вариант положительной расплаты за брак с МСАЭ «на том свете», так как «на этом свете» женщина за что-то кем-то наказана;

3) ретроспективно объясняющий комплекс «хронического женского несчастья» — некрасивая, неудачная, несчастливая → вышла замуж за алкоголика → стало еще хуже, — подразумевающий «логичный» отказ женщины от попыток как-то изменить сложившуюся ситуацию, так как ее роль сводится лишь к безропотному непротивлению «злему року»;

4) идея о необходимости постоянной заботы и контроля за пьющим мужем (чаще в ущерб себе), так как без этого супруг *обязательно* погибнет.

Эта позиция нередко становится смыслообразующей для супруги МСАЭ, определяя смысл ее существования.

Любопытным является факт наличия меньшего количества аутоагрессивных паттернов поведения и предикторов аутодеструкции в группе жен МНАЭ, нежели в группе молодых незамужних женщин, что отражено в таблице.

Иными словами, «базисная» группа молодых незамужних женщин (служащая исходным материалом для образования различных типов семей, в том числе и изучаемых) имеет некий, достаточно высокий исходный уровень аутоагрессивности. Исходя из этого, нами предложен вариант распределения молодых незамужних женщин с учетом добрачной личностной аутоагрессивности, ставящий под сомнение факт абсолютной пермиссии при образовании семейных пар. При вступлении в брак происходит своеобразное расщепление когорты молодых незамужних женщин, как минимум, на две полярные группы — с высокой добрачной (базальной) аутоагрессивностью и с более низкой либо отсутствующей. В результате этого образуются «неаутоагрессивные» браки с низким уровнем любых форм аутоагрессии и незначительной аутоагрессивной предикцией и, напротив, «аутоагрессивные» браки с накоплением в них как суицидальных, так и несуйцидальных вариантов аутодеструкции. Примером типично аутоагрессивного брака, структуры, поддерживающей и зачастую предполагающей наличие аутодеструкции у супругов, являются, по нашему мнению, семьи МСАЭ.

Аутоагрессивность женатых МСАЭ

Наиболее полярными группами из изученных мужских групп (МСАЭ, МНАЭ и молодые неженатые мужчины) по представленности аутодеструктивных феноменов являются МСАЭ и МНАЭ. МСАЭ имеют достоверно больше классических аутоагрессивных феноменов — парасуицидов в последние 2 года ($p < 0,01$) и ранее ($p < 0,02$), а также суицидальных мыслей ($p < 0,01$) и несуйцидальных самоповреждений ($p < 0,05$). Парасуицид в анамнезе встретился у 22,58% обследованных МСАЭ. События осуществления суицидальной попытки у восьми парасуицидентов МСАЭ (всего 16 случаев) распределились следующим образом: самоповешение — 12 наблюдений (75,0%), попытка отравления медикаментами — два случая (12,5%), выхлопными газами — один случай (6,25%), самопорез вен в области локтевого сгиба — один случай (6,25%). Из восьми парасуицидентов трое (37,5%) неоднократно пытались совершить самоубийство. Представленность классических форм аутодеструкции в мужских группах графически представлена на рис. 2.

Основной акцент в несуйцидальных вариантах саморазрушающего поведения МСАЭ приходится на рискованно-виктимное поведение — наличие травматической патологии — 61,3% ($p < 0,01$), несчастные случаи, субъективно оцениваемые как опасные для жизни — 77,4% ($p < 0,01$), подверженность физическому насилию — 54,8% ($p < 0,01$); профессиональную и социально-бытовую аутоагрессию — потеря работы в последние 2 года — 19,35% ($p < 0,05$) — «профессиональный суицид» [9], частые обворовывания — 51,6% ($p < 0,01$), судимости — 12,9% ($p < 0,05$).

В меньшей степени, чем в серии сравнения жен МСАЭ и жен МНАЭ, страдает соматическая сфера. При этом ведущая роль отводится большому количеству оперативных вмешательств — более двух у одного человека — 22,8% ($p < 0,05$), и менее значимая — терапевтической составляющей, а именно соматическим заболеваниям у данного человека, при значительной частоте их обнаружения в целом — 74,2% ($p < 0,001$).

Таблица

Достоверные различия жен МНАЭ и молодых незамужних женщин (МНЖ) по ряду факторов, характеризующих аутоагрессивность личности

Критерии	Жены МНАЭ, %	МНЖ, %	p<
Суицидальная попытка ранее последних 2 лет	0	12,5	0,05
Суицидальные мысли ранее последних 2 лет	12,9	35,0	0,05
Суицидальные мысли в последние 2 года	3,23	22,5	0,05
Характерность навязчивого чувства стыда	19,3	67,5	0,01
Чувство безысходности последние 2 года	19,4	27,5	0,05

Имеется выраженная клиничко-анамнестическая «отягощенность» МСАЗ в отличие как от МНАЗ, так и, в меньшей степени, от группы молодых неженатых мужчин. Это касается, в частности, таких важных клинических предикторов аутоагрессии, как: склонность долго переживать вину — 78,0% ($p < 0,001$), эпизоды острой безысходности как в последние два года — 48,4% ($p < 0,01$), так и ранее — 45,2% ($p < 0,01$), частые угрызения совести — 80,6% ($p < 0,001$).

Следует отметить, что молодые неженатые мужчины имеют большую отягощенность анамнеза в плане предикторов аутоагрессивного поведения, чем МНАЗ, а именно, трагическими смертями близких родственников (в том числе и суицидальными) — 35% ($p < 0,02$), склонностью к частым угрызениям совести — 42,5% ($p < 0,02$), долгопереживаемому чувству стыда — 65,0% ($p < 0,05$). То есть присутствует высокий «добрачный» уровень некоторых предикторов аутоагрессии, который «отфильтровывается» при образовании неаутоагрессивных браков и аутоагрессивных браков (механизм объяснен выше при обсуждении аутоагрессивности жен МСАЗ). Эта особенность количественно меньше касается молодых неженатых мужчин, нежели молодых незамужних женщин.

«Суммарная» аутоагрессивность супругов в семьях МСАЗ

Рассматривая семьи МСАЗ в контексте аутоагрессивности есть прямой смысл говорить о «суммарной» семейной аутоагрессии. Не будем останавливаться на обсуждении признаков, которые оказались достоверно отличными в изолированных сравнениях МСАЗ и их жен с МНАЗ и женами МНАЗ соответственно. Коснемся признаков, характеризующих именно суммарный семейный спектр аутодеструктивности.

Во-первых, это уверенность 50% супругов из семей МБА ($p < 0,01$), что их будут обязательно долго помнить после их смерти. Данный факт имеет отношение к формированию иллюзии исторического бессмертия [1]. Любопытно, что более половины респондентов, положительно ответивших на этот вопрос, с трудом могли объяснить причину этого. Многие супруги из семей МСАЗ (43,54%) легко могли визуализировать картину собственных похорон, многие неоднократно представляли ранее подобные картины. В эти моменты преимущественно обыгрывались элементы глубокого сожаления и чувства вины («все поняли, какого человека потеряли», «не спасли») со стороны родственников.

Во-вторых, отсутствие убежденности супругов из семей МСАЗ в существовании ада или иного «чисти-

лица», что частично снимает фобический и моральный барьеры потенциального аутоагрессанта. Это особенно актуально в совокупности с реинкарнационными идеями жен МСАЗ и низкой религиозностью МБА.

Рассматривая распределение аутоагрессивных феноменов у супругов в семьях МСАЗ, мы обнаружили три наиболее типичных варианта поляризации внутрисемейной аутодеструкции. Наиболее встречаемым (45,2%) стал вариант, когда аутоагрессивные феномены в значительном количестве представлены у обоих супругов, при этом заметны приоритетные «мужские» (алкогольные) и «женские» (созависимые) направления саморазрушающих тенденций. Вариациями приведенного выше типа служат случаи, когда представлены как суицидальные, так и несуйцидальные аутоагрессивные феномены, либо случаи с отсутствием у супругов суицидальных тенденций при значительной представленности несуйцидальных аутоагрессивных феноменов и предикторов саморазрушающего поведения. Вариантом внутрисемейного распределения аутоагрессивных феноменов в семье МСАЗ является преимущественная поляризация аутодеструкции на одном супруге. Чаще в роли основного акцептора аутоагрессии выступал сам МСАЗ (32,25%) и гораздо реже — его супруга (6,45%).

Таким образом, семья МСАЗ представляет собой систему, где оба супруга зачастую имеют аутоагрессивную направленность. Динамика развития семейных отношений в таких случаях подразумевает специфические механизмы реализации аутодеструктивных тенденций. Образующийся семейный гомеостаз является до определенной степени удовлетворяющим обоих супругов, несмотря на нередко декларируемое недовольство подобными отношениями в семье. Возможно, подобные отношения служат способом приемлемого спонтанного отреагирования собственной аутоагрессивности с отсутствием осознанного переживания ответственности за собственное самодеструктивное поведение с нередким делегированием таковой другому супругу.

Выводы

1. Алкогольная зависимость, особенности ее клиники и феномен созависимости обуславливают многообразие и наркологическую специфичность аутоагрессивных проявлений у супругов в семьях мужчин, больных алкогольной зависимостью.

2. МСАЗ и их жены достоверно характеризуются как суицидальными типами реакций, так и различными вариантами несуйцидальной аутодеструкции (поражение соматической сферы, нарушения в социальном и профессиональном статусах, рискованные и виктимные формы поведения) в сравнении с супруга-

ми из семей МНАЭ и молодыми незамужними мужчинами и женщинами. Аутоагрессивность МСАЭ и их жен может носить как уни- (локализованный в одной сфере), так и полипотентный (локализованный в различных сферах) характер.

3. В семьях больных алкогольной зависимостью наиболее типичны три варианта поляризации внутрисемейной аутодеструкции. Чаще встречается вариант, в котором аутоагрессивные феномены в значительном количестве представлены у обоих супругов. Другими вариантами распределения аутоагрессивных феноменов в семье является преимущественная поляризованность аутодеструкции на одном члене семьи. В роли основного акцептора аутоагрессии чаще выступает больной алкоголизмом и реже — его супруга.

4. Формирование части «алкогольных» семей происходит из определенного среза молодых неженатых мужчин и женщин, преимущественно имеющих высокий добрачный уровень аутоагрессивности. В образовании неаутоагрессивных браков, в частности, неалкогольных, принимают участие преимущественно молодые неженатые мужчины и женщины с низким добрачным уровнем личностной аутоагрессивности и малым количеством предикторов аутодеструкции.

Список литературы

1. Ламонт К. Иллюзия бессмертия / Пер. с англ. — 2-е изд.-е. — М.: Политиздат, 1984. — 286 с.
2. Силард Я. Взаимосвязь между алкоголизмом и самоубийством // 1 Съезд психиатр. соц. стран. — М., 1987. — С. 491—493.
3. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когнитив-Центр, 2005. — 214 с.
4. Barraclough B.M., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects // *Brit. J. Psychiatr.* — 1974. — Vol. 125. — P. 355—373.
5. Beattie M. Codependent no more. — A Heazelden Book Harper Collins Publishers, 1989. — 229 p.

6. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation // *Am. J. Psychiatr.* — 1985. — Vol. 145. — P. 559—563.

7. Berne E. Games people play: the psychology of human relationships. — N.Y.: Grove Press, 1964. — 173 p.

8. Billings A.G., Moos R.H. Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and evaluators // *Addict. Behav.* — 1983. — Vol. 8, №3. — P. 205—218.

9. Boyd L. Closing Escape Hatches: decisions for healthy living // *Transactional Analysis Journal.* — 1986. — Vol. 16, №4. — P. 247—259.

10. Cremona A. Mad drivers: psychiatric illness and driving performance // *Brit. J. Hospital Medicine.* — 1986. — Vol. 28. — P. 193—195.

11. Frances R.J., Franklin J., Flavin D.K. Suicide and alcoholism // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* — 1987. — Vol. 13, №3. — P. 327—341.

12. Galanter M., Castaneda R. Self — destructive behavior in the substance abuser // *Psych. Clin. North. Am.* — 1985. — Vol. 8, №2. — P. 251—261.

13. Gierymski T., Williams T. Codependency // *J. Psychoactive Drugs.* — 1986. — Vol. 18, №1. — P. 7—13.

14. Hawton K.E., Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide // *Brit. J. Psychiatr.* — 1983. — Vol. 152. — P. 359—366.

15. Henriksson M.M., Aro H.M., Martunen M.J. at al. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide // *Am. J. Psych.* — 1993. — Vol. 150, №6. — P. 935—940.

16. Isometsa E.T., Lonqvist J.K. Suicide attempts preceding completed suicide // *Brit. J. Psychiatr.* — 1998. — Vol. 173. — P. 532—535.

17. Kaufman E. The family of the alcoholic patient // *Psychosomatics.* — 1986. — Vol. 27, №5. — P. 347—360.

18. Lester D. Religion, suicide and homicide // *Soc. Psychiatry.* — 1987. — Vol. 22, №2. — P. 99—101.

19. Lester D. The role of shame in suicide // *Suicide Life Threat. Behav.* — 1997a. — Vol. 27, №4. — P. 352—361.

20. Lester D. Marriage, remarriage suicide and homicide in America // *Psychol. Rep.* — 1997. — Vol. 81, №3 (Pt. 2). — P. 1082.

21. Lewis C.E., Smith E., Kercher C., Spitznagel E. Predictors of mortality in alcoholic men: a 20-year follow-up study // *Alc. Clin. Exp. Res.* — 1995. — Vol. 19, №4. — P. 984—991.

AUTOAGGRESSION IN ALCOHOLICS' FAMILIES

MERINOV A.V., SHUSTOV D.I.

The article presents families of alcohol dependent men from the point of view of autoaggressive behaviour. We have analyzed the presence of auto-destructive phenomena and clinico-anamnestic predictors of suicidal behavior in such families. Husbands and wives from «alcoholic» families evidently reveal high number of antivital manifestations both in suicidal and non suicidal autoaggression as compared with the control groups. These findings are sure to help to differentiate the therapy of alcohol dependence and co-dependence within the framework of family psychotherapy, taking into consideration the presence of auto-aggressive component in the alcoholic family.

Key words: autoaggressive behaviour, alcoholism, alcoholic marriage, co-dependence