

Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью

МЕРИНОВ А.В.

доцент кафедры психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9.

Тел.: (4912) 46-08-01, 98-40-67. Факс: (4912) 46-08-08. E-mail: rzgmu@rzgmu.ru

Исследовано влияние суицидальной активности мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), на остальной спектр аутоагрессивных паттернов поведения, экспериментально-психологические и наркологические показатели пациентов. Выяснено, что наличие суицидальных тенденций у МСАЗ резко увеличивает вероятность обнаружения у них различных форм несуйцидальных аутодеструктивных актов. Данная категория пациентов имеет специфические личностно-психологические особенности и своеобразную клиническую картину основного наркологического заболевания.

Ключевые слова: мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, алкогольная зависимость, суицид, аутоагрессия

Введение

У большинства наркологов, сталкивающихся в своей практике с суицидальным поведением при алкогольной зависимости, вероятно, возникал вопрос: является ли само суицидальное поведение, тем единственным различием между группами парасуицидальных и несуйцидальных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ) либо отношение к суицидальному алкогольному кластеру подразумевает наличие и других значимых для суицидологии и наркологии особенностей.

Напомним, что ранее рядом авторов уже предпринимались неоднократные попытки выделения особого суицидогенного типа алкоголизма [5, 6, 7], что подразумевало специфические условия наблюдения и диспансеризации таких больных, которые, безусловно, оправданны, если учесть повышенный риск фатального суицида в группе парасуицидентов [4].

В своём исследовании мы решили взглянуть на проблему с другой стороны: дизайн исследования не подразумевал ответа на традиционный вопрос: что делает суицидальными больных алкогольной зависимостью, а предполагал изучение клинико-психологических особенностей пациентов с уже имеющейся суицидальной активностью в анамнезе (в мыслях или поведении).

Таким образом, целью исследования был поиск различий между группами МСАЗ, имеющих и не имеющих в анамнезе указаний на суицидальную активность. Согласно поставленной цели, основной задачей исследования стала оценка влияния суицидальной активности у МСАЗ на общий спектр аутоагрессивности группы, наркологические и эксперименталь-

но-психологические спецификации рассматриваемых пациентов.

Пациенты и методы исследования

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено обследование 52 МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную активность (суицидальные попытки или суицидальные мысли, не реализовавшиеся в суицид в последний момент), и 73 МСАЗ, таковой активности не имеющих. Возраст в первой группе составил $41,3 \pm 4,1$ года, во второй — $42,1 \pm 4,4$ года. Срок семейной жизни — $14,0 \pm 6,5$ и $16,2 \pm 6,0$ года соответственно. Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания, тип употребления алкоголя — псевдозапойный. Обследованные группы были сопоставимы по социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [3], по которому оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, а также в такие временные отрезки, как последние 2 года, добрачный и брачный периоды.

Для оценки личностно-психологических показателей использовались: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека—Келлермана—Конте, опросник STAXI, тест удовлетворённости брачными отношениями Столина Н.Н., а также тест Mini-Mult. Все тесты адаптированы для использования в нашей стране.

Статистический анализ и обработку данных проводили параметрическими и непараметрическими методами математической статистики на базе компью-

терной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней $\pm$ стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение

Основные различия в спектре несуицидальных аутоагрессивных поведенческих паттернов между МСАЗ, имеющими и не имеющими в прошлом суицидальную активность, представлены в табл. 1.

Напомним, что такие суицидологические показатели, как суицидальные мысли и попытки, отсутствуют в представленной таблице, поскольку они являются фактором группообразования и, соответственно, все присутствуют только в группе МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе и полностью отсутствуют в оставшейся подгруппе.

Различия в отношении основных предикторов аутодеструктивного поведения между МСАЗ, имеющими и не имеющими в анамнезе суицидальную активность, представлены в табл. 2.

Из предложенных таблиц видно, что изучаемые группы имеют значительные различия по представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов. МСАЗ, имеющие суицидальную активность, по многим параметрам, характеризующим рискованно-виктимную сферу, достоверно более неблагоприятны, нежели МСАЗ без суицидальных паттернов в прошлом. Это касается таких феноменов, как склонность к неоправданному риску, подверженность насилию, наличие потенциально опасного для жизни хобби, травматической патологии (черепно-мозговые

травмы — ЧМТ). Также у МСАЗ с суицидальными паттернами в анамнезе достоверно чаще встречается термическая травма в виде обморожений (более половины из которых получены в состоянии алкогольного опьянения), а также чаще страдает профессиональная сфера, что является мощным просуицидальным фактором [8].

Рассматривая представленность предикторов аутоагрессивного поведения, можно с уверенностью констатировать, что по большинству из них группа МСАЗ с суицидальными паттернами достоверно отличается от МСАЗ без признаков классической аутоагрессии в анамнезе. Стоит отметить, что их спектр охватывает большинство наиболее изученных и активно используемых в суицидологической практике. Представлен как импринтинговый (бихевиоральный) блок предикторов (наличие суицидентов среди близких родственников и друзей), так и блок суицидогенных эмоциональных состояний (одиночество, безысходность, склонность к депрессиям, длительному переживанию вины, мучительным угрызениям совести).

Суицидальным паттернам поведения у МСАЗ достоверно сопутствует склонность к гетероагрессии (субъективная оценка собственной личности как излишне агрессивной), подтверждаемая частыми актами насилия в отношении МСАЗ (поскольку насилие зачастую провоцируется собственным агрессивным и провоцирующим поведением, особенно в отношении сотрудников МВД, службы охраны и пр.), а также фактами семейного насилия. Оговоримся, что ряд авторов подвергает сомнению наличие какой-либо связи между феноменами ауто- и гетероагрессии [2], одна-

Таблица 1

Характеристика несуицидальной аутоагрессивной сферы МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе (n=52)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе (n=73)
Опасные для жизни хобби в добрачный период	34,62%	10,96%
Опасные для жизни хобби в анамнезе вообще	55,77%	15,07%
Подверженность насилию в добрачный период	25,49%	9,59%
Подверженность насилию в период брака	36,54%	10,96%
Подверженность насилию в анамнезе вообще	50,0%	13,70%
Употребление наркотических веществ в добрачный период	36,54%	6,85%
Склонность к неоправданному риску в добрачный период	50,0%	21,92%
Склонность к неоправданному риску в период брака	38,46%	17,81%
ЧМТ в добрачный период	36,54%	17,81%
ЧМТ в анамнезе вообще	53,85%	27,40%
Наличие обморожений в анамнезе	44,23%	21,92%
Потеря работы из-за проблем с алкоголем за последние 5 лет	40,38%	17,81%

ко наши результаты позволяют утверждать обратное, что согласуется с мнением других авторов [1] и, вероятно, позволяет рассматривать повышенную агрессивность МСАЗ как один из факторов склонности к аутоагрессивным, в частности, к суицидальным, типам реакций.

Таким образом, из представленных данных отчётливо видно, что в общей массе обследованных МСАЗ основной объем выявляемых предикторов аутоагрессивного поведения в значительной части формируется за счёт показателей группы МСАЗ с суицидальными феноменами в анамнезе (эта же закономерность касается и несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, что было показано выше).

Необходимо отметить большое количество несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутодеструктивного поведения в группе МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную активность, которое достоверно характеризует группу в период жизни до вступления в брачные отношения (феномен добрачной аутоагрессивной почвы). То есть многие пациенты этой группы и до вступления в брак, а главное, ещё до развития у большинства из них алкогольной зависимости имели выраженные антивитаальные паттерны в поведении, мыслях и чувствах, что разитель-

но их отличает от пациентов несуйцидальной группы МСАЗ (в таблице строки отмечены другим цветом). Характерно, что различия затрагивают важнейшие суицидологические предикторы, такие как склонность к депрессивным реакциям, периоды одиночества, при формально присутствующих социальных контактах, моменты безысходности, навязчивые угрызения совести. Отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных феноменов касаются рискованно-виктимных модусов поведения: травматической патологии (ЧМТ, в том числе неоднократных), подверженности насилию, склонности к риску, наличия потенциально опасных для жизни увлечений, субъективно расцениваемых как таковые, употребления наркотических средств — аутоагрессия, опосредованная через приём психоактивных веществ [4]. Отметим, что многие из обнаруженных различий сохраняют своё значение в период брачной жизни, т.е. добрачный аутоагрессивный фон транслируется и в ряде случаев усиливается после вступления в брак. В данном случае не приходится говорить об «алкогольном генезисе» аутоагрессивного поведения, поскольку воздействие алкоголя приходится на хорошо подготовленную антивитаальную почву и, возможно, алкоголь в данном случае является лишь инструментом и/или катализа-

Таблица 2

Сравнение спектра предикторов саморазрушающего поведения МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе (n=52)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе (n=73)
Наблюдение у психиатра в анамнезе	17,31%	2,74%
Суицид у ближайшего родственника	38,46%	6,85%
Трагические смерти родственников	55,77%	27,40%
Близкое общение с будущим суицидентом в добрачный период	44,23%	10,96%
Близкое общение с будущим суицидентом за период брака	30,77%	9,59%
Склонность к долготерпеваемой вине в анамнезе вообще	55,77%	27,40%
Острое одиночество в добрачный период	28,85%	6,85%
Депрессивные реакции в анамнезе вообще	59,62%	31,51%
Депрессивные реакции в добрачный период	36,54%	13,70%
Склонность к депрессивным реакциям в период брака	63,46%	28,77%
Склонность к депрессивным реакциям в анамнезе вообще	65,38%	34,72%
Моменты безысходности в последние 2 года	57,69%	23,29%
Моменты безысходности в добрачный период	26,92%	6,85%
Моменты безысходности в период брака	48,08%	24,66%
Наличие навязчивых угрызений совести в добрачный период	25,0%	9,59%
Навязчивые угрызения совести в период брака	48,08%	23,29%
Повышенная агрессивность в последние 2 года	67,31%	24,66%
Повышенная субъективная агрессивность в добрачный период	40,38%	15,07%
Повышенная субъективная агрессивность в период брака	63,46%	24,66%



Добрачно-брачная динамика суицидологических показателей в группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью

тором развития «доалкогольно-добрачной» аутоагрессии. Безусловно, сейчас мы говорим о той части МСАЗ, у которых алкогольная зависимость сформировалась уже в период семейной жизни, поскольку определённая часть обследованных мужчин при вступлении в брак уже имела клинику алкогольной зависимости (порядка 11%).

Развивая эту мысль, коснёмся добрачно-брачной динамики классических аутоагрессивных паттернов (попыток самоубийств и суицидальных мыслей) в группе МСАЗ с суицидальными паттернами в анамнезе. Суицидальная активность встретила у 52 МСАЗ (41,6% от общего числа обследованных МСАЗ). Добрачная суицидальная аутоагрессия бы-

ла обнаружена у 18 МСАЗ (34,61% от общего числа), из них четыре имели исключительно добрачную суицидальную активность и не имели таковой в браке (7,69%); у 14 МСАЗ добрачные суицидальные паттерны (суицидальные попытки и мысли) сохранились или повторились в браке (26,92% от общего числа), что составило 77,77% от всех МСАЗ с добрачной суицидальной активностью. Брачная суицидальная активность диагностирована у 48 МСАЗ, причём у 34 из них суицидальные феномены появились впервые в браке (70,83%), а у 29,67% имелась как добрачная, так и внутрибрачная суицидальная активность. Графически описываемая динамика отражена на рисунке.

Пациенты с добрачной суицидальной активностью не сформировали основной массы суицидальных МСАЗ и составили только 34,61% от общего количества пациентов, носителей суицидальных типов реакций. То есть большинство обследованных пациентов впервые отмечает у себя наличие классических аутоагрессивных феноменов уже в период семейной жизни и сформированной алкогольной болезни. Ещё раз подчеркнём, что у большинства (77,78%) МСАЗ с добрачной суицидальной аутоагрессией подобные феномены сохранились и в период семейной жизни, что заставляет с повышенной суицидологической настороженностью относиться к данному контингенту лиц.

В отношении характеристики личностных и экспериментально-психологических особенностей изучаемой группы достоверные различия между группами МСАЗ с и без суицидальной активности в анамнезе в отношении личностно-психологических показателей приведены в табл. 3.

Из представленной таблицы видно, что МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, в

Таблица 3

Характеристика личностных и экспериментально-психологических показателей МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе (n=52)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе (n=73)
Склонность к внешнеобвиняющим реакциям	57,69%	39,73%
Представленность защитного психологического механизма "Регрессия"	7,4±3,0	5,0±2,6
Представленность защитного психологического механизма "Замещение"	6,8±2,9	4,2±2,7
Шкала STAXI AX/IN (направленность гнева на себя)	16,0±4,7	12,5±4,0
Шкала STAXI AX/OUT (направленность гнева вне)	17,0±4,6	12,9±3,8
Шкала STAXI AX/CON (контроль агрессии)	15,6±4,9	19,9±5,4
Шкала Mini-Mult Hs (1)	10,1±2,9	8,2±2,7
Шкала Mini-Mult D (2)	9,8±3,6	7,2±3,0
Шкала Mini-Mult Pd (4)	12,7±2,8	10,0±3,0
Шкала Mini-Mult Sch (8)	17,3±4,2	13,1±3,6

большей степени характеризует тенденция во всех собственных неприятностях и неудачах видеть чужую вину, что сочетается с собственной пассивной позицией в отношении возможности влиять на ситуацию («что я могу сделать, если все против меня»). С этим хорошо сочетается использование регрессии и замещения как ведущих механизмов психологической защиты, когда субъект заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, зачастую не устраняющие проблемной или конфликтной ситуации и для разрядки подавленных эмоций, свою активность направляет на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

Данные теста STAXI весьма показательны. МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе обнаруживают достоверно высокие показатели по шкалам, отражающим оба направления выражения гнева и агрессии: как вовне (на других — гетерокомпонент), так и на себя (аутокомпонент), при значительно более низких показателях субъективной способности контролировать процесс немедленного выражения агрессивных импульсов.

Сочетание шкал теста Mini-Mult Hs (1), D (2), Pd (4), Sch (8), показатели которых достоверно выше у МСАЗ с суицидальной активностью, характеризует испытуемых как людей пассивных, не уверенных в себе, медленно приспосабливающихся, легко теряющих равновесие в социальных конфликтах, что приводит к социальной дезадаптации, сопровождаю-

щейся агрессией и склонностью к конфликтному поведению, пренебрежению социальными нормами и ценностями. Настроение часто неустойчивое, при малейших неудачах впадают в отчаяние. Характерной чертой является сложность в принятии самостоятельных решений, эмоциональная холодность и отчуждённость в межличностных отношениях, что хорошо сочетается с профилем психологических защитных механизмов и данными теста STAXI.

Анализируя наркологические показатели в группах МСАЗ, имеющих или не имеющих суицидальную активность, обнаружено, что есть целый ряд различий по клиническим характеристикам заболевания, особенностям формирования алкогольной зависимости и результатам терапии, что отражено в табл. 4.

Как следует из таблицы, группы МСАЗ, имеющие и не имеющие суицидальную активность в анамнезе, обладают существенными различиями в клинике и динамике алкогольной зависимости. Тип течения алкогольной зависимости в случае наличия у пациента суицидальных паттернов в поведении и/или мышлении можно описать как гораздо более неблагоприятный (агрессивный), нежели у остальных МСАЗ. Прежде всего, это касается частоты высокопрогредиентного типа формирования алкогольной зависимости и относительной редкости низкопрогредиентного развития. Формирование абстинентного синдрома в группе возникает в более раннем возрасте. Пациенты, имеющие суицидальную активность более склонны к употреблению различных суррогатов алкоголя с нередкими отравлениями. Продолжительность

Таблица 4

Наркологические и терапевтические показатели МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе (n=52)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе (n=73)
Наркологические характеристики		
Высокопрогредиентное течение заболевания	55,77%	6,85%
Среднепрогредиентное течение заболевания	34,62%	65,75%
Низкопрогредиентное течение заболевания	9,62%	27,40%
Возраст формирования абстинентного синдрома (лет)	28,3±5,2	33,9±3,8
Употребление "лёгких" суррогатов алкоголя	73,08%	36,99%
Употребление "тяжёлых" суррогатов алкоголя	38,46%	5,48%
Оказание реанимационных пособий	57,69%	20,55%
Средняя продолжительность псевдозапойного периода (дней)	9,2±6,9	5,4±4,9
Толерантность к алкоголю (в литрах в пересчёте на водку)	1,3±0,5	1,0±0,4
Потеря веса за время псевдозапой	67,32%	27,40%
Терапевтические характеристики		
Срок терапевтической ремиссии (мес.)	19,1±15,6	27,0±19,6
Многочисленные факты лечения (более двух)	55,77%	24,66%

псевдозапойного периода, толерантность к алкоголю в группе МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе значительно выше, чем у остальных МСАЗ. Обращает на себя внимание существенная разница в отношении результатов лечения, продолжительность ремиссий в группе МСАЗ с суицидальной активностью значительно меньше, большинство из пациентов этой группы неоднократно unsuccessfully лечились в прошлом.

Выводы

1. С позиций суицидологической и наркологической практик, в группах мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с и без суицидальной активности в анамнезе, имеется много различий. Несмотря на общую нозологическую сущность, наличие суицидальной активности вносит существенные коррективы в глобальный аутоагрессивный профиль группы, нозоморфоз и клиническое своеобразие алкогольной зависимости.

2. Полученные данные, во-первых, представляют, теоретический научный интерес, расширяя наши знания о роли и месте феномена аутоагрессии в клинике алкогольной болезни. Во-вторых, имеют непосредственное практическое значение, акцентируя внимание наркологов на значении выявления аутоагрессивных, в частности суицидальных, паттернов у пациентов, зависимых от алкоголя.

3. Выделение парасуицидальной группы из общей массы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, оправдано с позиций наркологической специфичности и возможности использовать дифференцированные схемы лечения с привлечением провитальных психотерапевтических техник.

Список литературы

1. Вольнов Н.М., Войцех В.Ф., Шустов Д.И. Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — №2. — С. 33—38.
2. Реан А.А. Психология личности в трудах зарубежных психологов: Хрестоматия. — СПб., 2001. — 320 с.
3. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. — М., 2000. — 20 с.
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
5. Berglund M. Assaultive alcoholics 20 years later / M. Berglund, K. Tunving // Acta Psychiatr. Scand. — 1985. — Vol. 71. — №2. — P. 141—147.
6. Buydens-Branchey L. Age of alcoholism onset. 1. Relationship to psychopathology [see comments] / L. Buydens-Branchey, M.N. Branchey, D. Noumair // Arch. Gen. Psychiatr. — 1989. — Vol. 46. — №3. — P. 225—230.
7. Cloninger C.R. Geneticheterogenety and classification of alcoholism / C.R. Cloninger // Adv. Alcohol. and Subst. Abuse. — 1988. — Vol. 7. — №3—4. — P. 3—16.
8. Pritchard C. Suicide, unemployment and gender in British Isles and European Economic Community (1974—1985) / C. Pritchard // Soc. Psychiatry. — 1988. — Vol. 23. — №2. — P. 85—86.

AUTOAGGRESSIVE AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARASUICIDAL MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

MERINOV A.V.

The article studies the influence of suicidal tendencies in men suffering from alcohol dependence on the rest of the spectrum of autoaggressive behavioral patterns, experimental-psychological and narcological indexes of patients. It has been found out that the presence of suicidal tendencies in men suffering from alcohol dependence sharply increases the probability of various forms of non-suicidal autodestructive acts in them. This category of patients has specific personal-psychological peculiarities and peculiar clinical presentation of the prior narcological disease.

Key words: men suffering from alcohol dependence, alcohol dependence, suicide, autoaggression