

Р.В. Бисалиев, С.А. Вешнева

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У АДДИКТОВ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

Астрахань - 2013

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Р.В. Бисалиев, С.А. Вешнева

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У АДДИКТОВ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

Астрахань - 2013

УДК 159.9 : 34.01

ББК 88.47 : 56.14

Б 65

Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников - Астрахань: ФГБОУ ВПО АГТУ, 2013. 273 с.

Монография посвящена суицидальному поведению у аддиктов и их родственников. Рассматриваются психологические и психопатологические особенности суицидального феномена. Также затрагиваются вопросы лечения и реабилитации аддиктов и их родственников.

Исходным материалом при написании книги послужили многолетние исследования поведения аддиктов и их родственников, а также данные литературы последних лет.

Книга предназначена для психологов, психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов. Она может быть полезна для студентов, обучающихся по специальности «Психология» и студентов медицинских вузов.

Авторы:

Рафаэль Валерьевич Бисалиев - заведующий кафедрой «Общая психология» Астраханского государственного технического университета, доктор медицинских наук, профессор кафедры.

Светлана Александровна Вешнева - главный врач «Правобережная больница» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», кандидат медицинских наук.

Рецензенты:

Александр Анатольевич Зайченко – заведующий кафедрой «Психология» Саратовского государственного социально-экономического университета, доктор медицинских наук, профессор

Владимир Лабибович Юлдашев – заведующий кафедрой «Психиатрия» Башкирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор

Печатается по решению редакционно-издательского совета ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет»

© Р.В. Бисалиев, С.А. Вешнева

© ФГБОУ ВПО АГТУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Список сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Аутоагрессивное поведение при аддиктивных расстройствах и созависимости: современное состояние проблемы (обзор литературы)	9
Глава 2. Общая характеристика материалов и методов исследования	32
Глава 3. Предикторы суицидального поведения	60
Глава 4. Клинико-психопатологические особенности аддиктивных расстройств у больных и психических нарушений у их родственников с созависимым поведением	118
Глава 5. Клиническая характеристика суицидального поведения	175
Глава 6. Комплексная лечебно-реабилитационная программа для больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с созависимым поведением суицидологического профиля	191
Заключение	242
Список литературы	253
Приложение	270

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ААС – алкогольный абстинентный синдром
АГМА – Астраханская государственная медицинская академия
АД – артериальное давление
БА - больные алкогольной зависимостью
БАС - больные алкоголизмом с суицидальным поведением
БИЗ – больные с зависимостью от азартных игр
БИЗС - больные с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением
БН - больные опиатной наркоманией
БНС - больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением
БПЗ – болезни патологической зависимости
ИАС – игровой абстинентный синдром
ЖАБ - жены зависимых больных
ЖС - жены зависимых больных с суицидальным поведением
МАБ - матери зависимых больных
МДП - маниакально-депрессивный психоз
МКБ – Международная Классификация Болезней
МС - матери зависимых больных с суицидальным поведением
НУНЛЦ – наркологический учебно-научно-лечебный центр
ОАС – опийный абстинентный синдром
ОНД – Областной наркологический диспансер
ПАВ – психоактивные вещества
ПВА – патологическое влечение к алкоголю
ПВИ - патологическое влечение к игре
ПВН - патологическое влечение к наркотику
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЦНС – центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Современный этап развития психиатрии и наркологии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы зависимого поведения. К специалистам соответствующего профиля все чаще стали обращаться люди не только с химическими (алкоголизм, наркомания), но и с нехимическими (поведенческими) аддикциями (зависимость от азартных игр) а также родственники больных с созависимым поведением. Указанные психические расстройства и созависимое поведение сопровождаются серьезными медико-социальными последствиями, среди которых, прежде всего, необходимо отметить высокий уровень самоубийств [10, 36, 46, 91, 98, 99, 105, 119, 121, 129, 132, 163, 187, 190].

С 1991 года по настоящее время ежегодная частота самоубийств в России находится на уровне 36 – 38 случаев на 100 тысяч населения. Это превышает среднемировой показатель в 2,4 раза, а так называемый «критический» (по определению ВОЗ) уровень в 1,8 раза [37, 138]. Частота суицидальных действий у больных с аддиктивными расстройствами, по данным различных авторов, неодинакова и колеблется в пределах от 4,1 до 96% [101, 162, 165].

Ежегодно в России смертность, связанная с алкоголизацией достигает 400 тысяч человек репродуктивного и трудоспособного возраста; из них 50 - 60 тысяч гибнут от суицидов и несчастных случаев (алкогольные отравления, дорожно-транспортные происшествия, уличный травматизм, утопления) [87]. При этом преждевременная смертность мужчин в пять раз выше, чем женщин [99].

Показатели смертности больных опиатной наркоманией имеют большое сходство во многих странах и составляют от 2,9 до 15,3 на 100 тысяч населения [184]. Частой причиной смерти при опиатной наркомании является суицид. Смертность от наркотиков в Российской Федерации составляет около 70 тысяч в год. Причем наибольший удельный вес занимают лица в возрасте от 21 до 30-ти лет (мужчины) и от 15 до 25-ти лет (женщины) [185].

Другой серьезной медико-социальной проблемой современного российского общества является зависимость от азартных игр. Это связано с широким распространением игорных заведений, отсутствием механизмов обязательного исполнения существующей нормативно-правовой базы, позволяющей контролировать данный вид бизнеса. К сожалению, большинство специалистов не рассматривают азартные игры как серьезную проблему, хотя патологические игроки имеют более высокую частоту суицидов, чем больные алкоголизмом и наркоманиями [116]. До 20% патологических азартных игроков совершают суицидальные попытки [246]. Причем основ-

ными причинами суицидальных деяний являются непомерно растущие долги (23%) и социально-психологическая дезадаптация (35% лиц с зависимостью от азартных игр разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке, до 60% совершают различные преступления) [202].

Аддиктивные расстройства и суицидальное поведение теснейшим образом связаны с функционированием такого общественного института как семья. Так как наряду с другими факторами, семейным отношениям отводится определенная роль, как в психогенезе суицидальных состояний, так и в их профилактике, терапии и реабилитации [11, 17, 24, 120]. Касаясь брака, нельзя не упомянуть и проблему «созависимого» психического дискомфорта членов семей зависимых больных, их акцепции к соматопсихическому, психологическому и социальному неблагополучию. Ситуация усугубляется и тем, что созависимыми являются не только супруги, а также родители и дети аддиктов. Количество лиц с созависимым поведением резко возрастает по мере распространения аддикций. С другой стороны, эти родственники нередко потенцируют аутоагрессивные тенденции у аддиктов.

Явное нарастание частоты случаев суицидального поведения в современном российском обществе, особенно среди лиц, страдающих психическими и наркологическими заболеваниями, обуславливает необходимость изучения данного феномена с целью разработки стратегий профилактики.

Несмотря на весьма убедительные доказательства, свидетельствующие о значительном влиянии на формирование и развитие суицидального поведения социальных факторов (пик суицидальной активности чаще фиксируется при социально-экономических катаклизмах), ряд специалистов сравнительно большое значение придают психопатологической детерминации суицидов (доля психических больных среди аутоагрессантов варьирует от 4% до констатации психических расстройств у всех лиц с суицидальным поведением). Все вышесказанное отражает недостаточную изученность влияния различных факторов риска, как сугубо биологических, так и социальных на формирование суицидального поведения у данной категории больных.

Кроме этого анализ современных исследований аутоагрессивного поведения не дает ясного представления о процессах суицидогенеза. Диагностика и подходы к терапии суицидального поведения в клинике болезней психической зависимости (БПЗ) мало разработаны и изучены недостаточно, особенно в клинико-психопатологическом аспекте. Опубликованные работы не отражают всей полноты картины (преобладают исследования по одной какой-либо нозологии), многие аспекты трактуются противоречиво, отсутствуют эффективные терапевтические и реабилитационные программы для этого контингента лиц. Целостный образ личности аддиктивного и созависимого суицидента может быть получен исключительно в многоуровневом исследовании, использующем разные (психопатологические, катamnестиче-

ские, феноменологические) методы, каждый из которых обращен к определенному уровню личности.

Практическое решение вопросов превенции суицидального поведения во многом зависит от своевременной диагностики суицидоопасных состояний и раннего оказания медицинской и социально-психологической помощи лицам с аддикциями и их ближайшего окружения. Исследовательских работ, ведущихся в этом направлении, явно недостаточно, что, в первую очередь, связано с трудностями сбора объективных сведений.

Высокая социальная значимость проблемы аутоагрессии, значительный объем, занимаемой последней в структуре летальности трудоспособного населения, а также сложность диагностики в виду отсутствия характерных проявлений, делают проблему диагностики смерти от суицидальных действий одной из наиболее актуальной в современной психиатрии и наркологии.

Внедрение полученных результатов в программу первичной, вторичной и третичной профилактики болезней зависимости и обусловленному ими созависимому поведению ближайших родственников позволило бы снизить экономические затраты государства, связанные как с дорогостоящим обследованием и оказанием лечебно-реабилитационной помощи, так и с выплатой денежной компенсации по случаю инвалидности и утраты трудоспособности.

ГЛАВА 1. АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И СОЗАВИСИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Касаясь проблемы аддиктивных расстройств, необходимо упомянуть общие признаки всех видов аддикций [97, 98, 117, 179]: 1) аддиктивное поведение вначале создает иллюзию решения проблем, спасения от стрессовых ситуаций, что потом оказывается своеобразной ловушкой, приводящей к постепенному уходу от реальной действительности; 2) в процессе формирования аддиктивного поведения происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на предметные суррогаты, эмоциональные отношения с людьми постепенно все более нарушаются; 3) отношения аддиктивного типа оказываются сравнительно стабильными и предсказуемыми – в отличие от межличностных отношений, характеризующихся динамикой; 4) все виды аддиктивного поведения имеют одинаковые этапы развития – начало «кристаллизации», становление аддиктивного ритма, формирование аддикции как интегральной части личности, полное доминирование аддиктивного поведения. Нам представляется, что для более целостного восприятия аддиктивного поведения к выделенным базисным характеристикам следует внести ряд дополнений. Прежде всего, это касается клинических особенностей аддиктивного поведения, сочетающегося с суицидальным поведением. С определенной долей уверенности можно предположить, что описанные признаки аддикции у больных с суицидальным поведением и у пациентов без суицидального поведения будут иметь определенные различия, особенно в структуре и динамике межличностных отношений. При описании этапов развития аддикций необходимо учитывать специфику медико-социальных последствий. Так как они при аддиктивных расстройствах, как правило, весьма серьезные, и порою приводят не только к инвалидизации, но и к летальному исходу.

Аутоагрессия - это действия, направленные на причинение себе вреда в физической, психической, социальной, духовной областях [84, 187]; намеренная саморазрушающая активность, проявляющаяся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровне [1, 139]. При этом пациент несет персональную ответственность за неблагополучие как за результат либо свободного выбора (например, при суициде), либо выбора, опосредованного внешними факторами (например, при употреблении психоактивных веществ).

Суицидальное поведение является одной из форм отклоняющегося, аутодеструктивного, аутоагрессивного поведения, выражается в попытке ухода от удручающей действительности, неудовлетворяющей реальности [9, 38, 104, 117, 210]. С одной стороны психоактивное вещество (ПАВ), также как и игра создает привлекательную иллюзию наполнения существования смыс-

лом, улучшает настроение, повышает самооценку. С другой стороны, аддиктивный агент обладает качествами «судебной» инстанции, побуждающей к самообвинениям, суицидальным мыслям и просто приносящей физические страдания.

Л.А. Alford [цит. по 6; с. 6], исходя из анализа национальных данных, установил, что среди лиц, страдающих алкоголизмом, частота самоубийств в 58 раз выше, чем среди непьющих. Более высокие цифры приводит В.С. Ефремов [72]. Анализ катамнестических исследований за пятилетний период показал, что частота самоубийств у лиц, употребляющих спиртные напитки, была в 80 раз выше, чем среди населения в целом. По данным Л.А. Крыжановской [101] 96% больных алкоголизмом, которые совершали суицидальные попытки, продолжают употреблять алкоголь до конца своей жизни. При этом до 14% повторяют их [239], 8,5% носят завершенный характер, хотя имеются и более значительные цифры завершенного алкогольного суицида – 6 - 21%. Алкогольное завершенное самоубийство – это в значительной мере самоубийство мужчин. Женщины – больные алкоголизмом с аутоагрессивным поведением чаще, чем мужчины совершают парасуициды и реже завершённые суициды, а деструктивное поведение имеет более четкую связь с повышением или понижением среднечеловеческого потребления алкоголя [243]. Кроме того, они достоверно чаще используют малые транквилизаторы, антидепрессанты и другие ПАВ, с помощью которых и совершают попытки суицида [84, 106, 241]. Связь суицидов с алкоголизацией подтверждается исследованиями А.В. Немцова [127, 128]. Так, до начала антиалкогольной кампании (1981 - 1984 гг.) 60,2% самоубийц были алкоголь-позитивными. С начала этой кампании произошло снижение как общего количества самоубийств на 35,1%, так и алкоголь-позитивных - с 22,0 на 100 000 в 1984 году до 9,9 в 1986 году - при снижении потребления алкоголя с 15,4 до 10,4 литров на человека в год. Одновременно наблюдалось некоторое снижение алкоголь-негативных случаев. Аналогичной точки зрения придерживается А.Г. Гофман [50], полагая, что за счет ограничения продажи спиртных напитков (1986 – 1989 гг.) и, несмотря на рост самогонварения, удалось снизить смертность населения и предотвратить преждевременную смертность, по крайней мере, одного миллиона граждан России. Обобщив данные литературы отечественных и зарубежных авторов по связи потребления алкоголя и частотой суицидов, П.И. Сидоров [158] пришел к заключению, что: 1) суициды связаны с ростом продажи крепких напитков; 2) при увеличении душевого потребления алкоголя на один литр число суицидов среди мужчин возрастает на 1,9%; 3) уровень потребления алкоголя отражает уровень суицидов среди женщин; 4) суицидальные мысли отмечались у 80% абстинентов, не употреблявших алкоголь от одного года до десяти лет и, посещавших группы Анонимных Алкоголиков, а 35% пытались совершить суицид; 5) в

течение года употребляли алкоголь 60% умерших от суицида и 40% покушавшихся; 6) доля больных алкоголизмом составляет от 5,8 до 15%; 7) вклад алкоголя в насильственные смерти в 1985-1986 гг. достиг 39,4%, отравления алкоголем – 12,3%, дорожных травм – 13,5%.

Суицидальное поведение отмечается на всех стадиях алкогольной зависимости. Особого внимания заслуживают те состояния острой интоксикации, когда поведение становится опасным как для находящегося в опьянении (суицидальные попытки, нанесение самоповреждений), так и для окружающих (угроза агрессии, физического насилия) [15, 79, 83, 127, 161, 167, 196]. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают: увеличение психологического дистресса; повышение агрессивности; усиление перехода суицидальных мыслей в действия; сужение когний, что приводит к нарушению способности генерировать и применять альтернативные копинг-стратегии [147]. Ю.Е. Разводовский [147] ссылаясь на работы зарубежных авторов, указывал, что для объяснения механизма связи между алкоголем и суицидами была предложена концепция дистальных и проксимальных факторов суицидального риска. Первые накапливают потенциал для суицида. Проксимальные факторы риска запускают действия дистальных факторов. К таковым относят состояние острой алкогольной интоксикации. Частоту алкогольной интоксикации во время совершения суицида, его «катализирующую роль» отмечали многие исследователи. Состояние алкогольного опьянения увеличивает глубину кризисной ситуации и придает ей характер безысходности [109]. А.Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко [13] считали, что связь между алкогольным опьянением и суицидальным поведением укладывается в два типа отношений. При первом типе алкоголь больные принимают после образования суицидальной тенденции и принятия решения для понижения эмоционального напряжения. Это свидетельствует об амбивалентном отношении к своим намерениям. Реже алкоголизация, предшествующая самоубийству, предпринимается как ритуал прощания с жизнью (написание предсмертных записок, переодевание в красивую одежду, прослушивание музыки). При втором типе отношений алкоголь больные принимают до появления суицидальных намерений, на фоне конфликта или без него, с целью «забыться», «отойти от ссоры». Вопреки ожиданиям, опьянение не приводит к психологической релаксации, а усугубляет психическое состояние: у больного возникает острое чувство недовольства собой, вины и безысходности со стремительным развертыванием суицида. Другие лица видят в алкоголе, наоборот, способ усугубления своего состояния, стремятся таким образом поставить конфликтующую сторону в условия последствий неразрешенного конфликта в виде истерического поведения, когда саморазрушительные поступки трансформируются в суицидальный акт. Он осуществляется решительно и стреми-

тельно. Последний вариант суицидального поведения авторы расценивают как проявление неосознанной установки на самоубийство. По данным С.В. Ваулина [33] из 773 случаев суицидального поведения в состоянии алкогольной интоксикации находилось более 37%. При этом у 31,8% констатировалась легкая степень опьянения, у 50,4% - средняя. Возрастной диапазон суицидентов был от 30-ти до 59-ти лет. Наибольшее количество летальных исходов пришлось на мужчин (81,6%). Другие авторы приводят более высокие значения (39,4 - 90%) по самоубийствам в состоянии алкогольного опьянения [168]. Влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидогенно для соматически ослабленных лиц, для пребывающих в стрессовых ситуациях, при всех вариантах социально-психологической дезадаптации [14, 209, 213].

Суицидальные попытки отмечаются при измененных формах алкогольной интоксикации. В частности, нередко наносят себе легкие повреждения лица с истерическим вариантом алкогольного опьянения. В высказываниях, отражающий наигранный аффект, преобладают преувеличенные самоупреки. Суицидоопасными формами алкогольного опьянения являются ажитированный, депрессивный, дисфорический и эксплозивный варианты [6].

Попытки самоубийства и мысли о нем возникают при злоупотреблении многими наркотиками: героином, опиумом, кокаином, гашишем [43, 101, 145, 216, 230]. Весьма важным является и тот факт, что основное количество летальных исходов приходится на лиц молодого трудоспособного возраста. Известно, что основными причинами аутоагрессивных актов в структуре наркотической зависимости являются аффективные расстройства, личностные изменения (психопатизация), органические поражения центральной нервной системы (ЦНС). Другими словами, феномен суицидальной аутоагрессии при наркоманиях является по существу вторичным, обусловленным закономерностями течения заболевания, непосредственным действием психоактивных веществ на ЦНС.

Распространенность суицидальных проявлений при наркотическом опьянении тесно связана с видом употребляемого наркотического средства. На первом месте по частоте суицидальных проявлений в опьянении находятся наркотики опийного ряда - 32,6%, за ними следуют первитин-эфедроновая и полиморфная наркомании – 20% и 10% [149]. Описаны суицидальные акты в состоянии острой интоксикации галлюциногенами [181].

Проблема суицидального поведения при острой алкогольной и наркотической интоксикации изучена недостаточно, и рассматривается авторами преимущественно с позиций судебно-психиатрической значимости, поэтому нуждается в дополнительном изучении.

Что касается употребления алкоголя и наркотиков на начальной стадии зависимости, то, как полагает Е.Г. Трайнина [170], аутоагрессивное поведение наркологических больных обусловлено сочетанием трех суицидогенных

факторов: типом вторичной психопатизации, выраженностью влечения к ПАВ, особенностями микросоциального конфликта. Установлено, что лица, злоупотребляющие алкоголем и склонные к гетеро- и аутоагрессивному поведению, по сравнению с группой контроля имеют низкий уровень одного из метаболитов серотонина-5-оксииндолилуксусной кислоты [147].

К группе повышенного суицидального риска М.Г. Гулямов, Н.Н. Ниязов [52] относят больных алкогольной зависимостью I-II стадией с прогрессирующим (быстро или умеренно) течением, давностью заболевания 11 - 20 лет, эксплозивным опьянением с депрессивными включениями, алкогольными изменениями личности по эксплозивному и дистимическому типу. Погибли от несчастных случаев, покончили жизнь самоубийством путем самоповешения, отравления, бросались по проезжающий транспорт 20,2% больных алкоголизмом [168]. Для определения связи между злоупотреблением алкоголем и смертностью от суицидов необходимо учитывать как минимум два аспекта: 1) высокий уровень самоубийств среди зависимых от алкоголя лиц; 2) снижение самоконтроля в состоянии алкогольной интоксикации может облегчить решение совершить суицид лицом, не имеющим алкогольных проблем [147].

Употребление алкоголя снижает сопротивляемость к стрессовым ситуациям. Однако взаимосвязь между алкоголизацией и суицидами не представляется прямолинейной. В Испании и в Венгрии отмечено снижение уровня суицидов при стабильном высоком уровне его потребления [37].

Как видно из представленного теоретического материала, работ по изучению клиники аутоагрессивного поведения при наркологических заболеваниях на начальных стадиях сравнительно мало. Этот факт можно объяснить тем, что на этих стадиях заболевания преобладают расстройства неврозоподобного регистра, а выраженное патологическое влечение к ПАВ, утяжеление аффективной патологии с появлением дисфорических расстройств, поведенческих нарушений с аутоагрессивными проявлениями, грубые изменения личности характерны для средней и конечной стадии алкоголизма и наркоманий.

Основное количество работ посвящено описанию суицидальных форм аутоагрессии в абстинентном синдроме и в раннем постабстинентном периоде. В их структуре встречаются «классические» формы аутоагрессии: суициды, парасуициды, суицидальные тенденции, самоповреждения и токсические передозировки [49, 90, 150, 156, 170]. Наличие психических расстройств (суицидальные мысли и поведение, подавленность, идеи виновности) наблюдаются при психопатологическом варианте алкогольного абстинентного синдрома (ААС) [7].

В.П. Коваленко [93] не придавал особого значения приему алкоголя как ускорителю суицидов, хотя при описании состояния алкогольной абсти-

ненции им была выявлена следующая психопатологическая симптоматика: депрессия с наличием идей самообвинения и самоуничужения, чувства «социально-биологической вины» и морального краха. Систематический прием алкоголя приводит к развитию у больных алкоголизмом вторичной и постабстинентной депрессии, которая сопровождается чувством вины и опустошенности в жизни, что увеличивает вероятность проявления суицидальных тенденций [73].

М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, И.Я. Каплан [151], обследуя больных с опийным абстинентным синдромом (ОАС), у 48,8% выявили суицидальные тенденции и попытки; у 43,8% - опасные для жизни отравления наркотиками; 27,5% наносили себе самоповреждения с демонстративной целью. Выраженные суицидальные тенденции, сочетающиеся с приступами тоски, глубокой депрессии в клинике опийной абстиненции были описаны J.E. Staehelin [78]. Среди возможных причин преднамеренных передозировок героиноманов при синдроме отмены А.В. Карпец и др. [86] выделяли серьезные психологические проблемы, тяжелое депрессивное состояние, наличие коморбидной патологии. В наших наблюдениях частота суицидальных тенденций составила 62,0% (мысли – 48,2%, действия – 13,8%). Механическая асфиксия (самоудавление, самоповешение) явилась причиной смерти в 30,2% [21]. Наиболее опасными с точки зрения развития угрожающих для жизни состояний в абстинентном периоде являются амфетамины и опиаты, причем на долю опиатов [134] приходится 99,5%, что связано преобладанием их среди потребляемых наркотиков, а также химическим составом «уличных» наркотических средств (наличие примесей). Описывая клинику опийно-барбитуровой полинаркомании, И.Н. Пятницкая [144] обнаружила, что 17% госпитализаций были вызваны попыткой к самоубийству (путем сознательной передозировки наркотика или повешения). По ее мнению, склонность к суицидальным передозировкам для этой группы пациентов является характерной. Вышеизложенные факты подтверждаются более поздними исследованиями [150]. Аутоагрессивные действия описаны при употреблении стимуляторов (сиднокарб, кофеин) [181].

Заметная роль в суицидогенезе в период лишения алкоголя и наркотиков отводится аффективным расстройствам. Эмоциональными индикаторами суицидального риска являются: импульсивность, депрессивные тенденции, лабильность эмоциональных проявлений, низкая самооценка [94, 146, 148, 186].

Клиническими факторами суицидального риска при алкоголизме являются астено-депрессивный и дисфорический варианты абстиненции, алкогольная депрессия, соматическая отягощенность и злокачественное течение алкоголизма. Высокий удельный вес суицидального поведения в структуре ААС отмечался на фоне депрессивных и тревожно-депрессивных пережива-

ний [33]. Д.И. Шустов [187], описывая клинику депрессивного суицидального поведения, установил, что на фоне ярко выраженной депрессии в период острого алкогольного абстинентного синдрома было совершенно 47% попыток. Среди способов парасуицидов доминировало самоповешение (62,5%), гораздо реже - самопорез (12,5%), падение с высоты (12,5%), отравление медикаментами и этиловым спиртом (по 6,25%). Частота суицидальных проявлений и возникновение антивитаальных мыслей у больных алкоголизмом в ААС объясняется биологическими закономерностями течения заболевания: в состоянии абстиненции аффект прямо противоположен эмоциональному состоянию во время интоксикации.

Некоторые авторы приводят интегративную модель алкогольных суицидов: 1) внутренние и внешние причины, ведущие к выпивке; 2) ожидание облегчения напряжения; 3) последующее ухудшение настроения; 4) амнезия того, что депрессия может пройти в трезвом состоянии; 5) усиление чувства вины и понижение самооценки, что в будущем ведет к финальному результату – суициду. Несколько реже суицидальное поведение наблюдалось на фоне редукции синдрома отмены, когда выявлялись астенические проявления с эмоциональной лабильностью и подавленностью, иногда сменяющиеся псевдоабстиненцией с гипотимией, немотивированной тоской, обидчивостью, конфликтностью [33].

В совершении суицидов многие авторы отмечали значимость алкогольных психозов [5, 59]. Психопатология суицидального поведения при алкогольных психозах обусловлена императивным характером слуховых галлюцинаций, зрительными обманами, бредовыми переживаниями, аффектами страха и тревоги. Нередко суицидальные действия осуществлялись особенно жестокими способами - выкалыванием глаз, введением острых предметов в череп [14]. При остром алкогольном параноиде суициды совершались преимущественно в состоянии тревожного раптуса. При алкогольном бреде ревности суицидальный риск повышался за счет сочетания переживаний ревности с отрицательно жизненной ситуацией, создаваемой бредом. Хронические алкогольные параноиды представляли большую социальную опасность, так как больной, руководствуясь мотивами «возмездия», мог убить жену, мнимого соперника и себя.

Тревожные и депрессивные нарушения типичны для абстинентных и постабстинентных состояний и в значительной степени формируют психопатологический облик больных опиоманией в период острой депривации наркотиков. Как правило, эти состояния поддаются медикаментозной коррекции [157]. В тех случаях, когда целенаправленное лечение не проводится, данные расстройства в значительной мере ухудшают психическое состояние больных и снижают общую эффективность терапевтических программ [251]. Проведен анализ аутоагрессивного поведения у 120 больных опиоманией в

состоянии абстиненции, находившихся на лечении в наркологическом стационаре. Суицидальные тенденции в виде суицидальных попыток, самоповреждений, суицидальных высказываний выявлены у 103 больных (85,5% обследованных) [102]. При этом суицидальное поведение зависело от тяжести и типа депрессивных нарушений, характерологических особенностей больных. Автором были выделены три основных типа эмоциональных нарушений: 1) астено-депрессивный, 2) эксплозивный, 3) полиморфный. Первые два типа аффективных нарушений отмечались у большинства больных (89%) и их описание соответствовало общеупотребимым терминам. Полиморфный тип характеризовался невыраженностью депрессивных нарушений, периодами повышенного настроения при выраженных признаках абстинентного синдрома. По характеру наносимых самоповреждений чаще всего фиксировались самопорезы в области предплечий, передней брюшной стенки, шеи. Реже - самоудушение, повешение, носившее демонстративный характер. У больных с эксплозивным типом аффективных нарушений часто самоповреждения наносились ударами головой, кулаком о двери, стены, что, как правило, сопровождалось угрозами, агрессией к другим больным, медицинскому персоналу. У больных с астено-депрессивным синдромом суицидальные тенденции не выходили за рамки суицидальных высказываний. У пациентов с полиморфным типом аффективных нарушений суицидальные тенденции были слабо выражены и часто были ответом на психотравмирующие ситуации. Самоповреждения чаще и более тяжелые встречались в группе больных с эксплозивным типом аффективных нарушений и у лиц с психопатизацией по возбудимому типу. При этом аутоагрессивные действия были направлены не на самоуничтожение, а на восстановление утерянного «авторитета» в группе. Для лиц с демонстративной и возбудимой акцентуациями были характерны демонстративно-шантажные суицидальные попытки, которые преследовали цель - добиться увеличения дозы седативных препаратов, обладающих аддиктивным потенциалом. Высказано предположение о феноменологической и структурной схожести клинической картины ОАС и так называемой ларвированной эндогенной депрессии [116]. Депрессивные состояния, отягощенные суицидальными мыслями, являются качественными психопатологическими предикторами незавершенности лечения и возобновления употребления ПАВ [9, 235]. E. Nunes et al. [157] на основании диссоциации в воздействии антидепрессантов на депрессивную и собственно аддиктивную симптоматику пришли к заключению об относительной самостоятельности аффективных расстройств при наркомании либо об их вторичности по отношению к злоупотреблению ПАВ. Следует отметить, что аффективные расстройства у зависимых больных по своей структуре и по клиническому разнообразию мало отличались от таковых у больных алкоголизмом, что еще раз указывает на их патогенетическое единство [60, 182].

В структуре синдрома отмены при гашишемании суицидоопасным потенциалом обладают состояния тревожной или тоскливой депрессии; при многолетнем употреблении стимуляторов - депрессивные расстройства. Депрессивные состояния с попытками самоубийства в период абстиненции описаны при злоупотреблении седативными и снотворными препаратами [188]. Суицидальные намерения в структуре кокаинового абстинентного синдрома нередко сопровождают дисфорическую депрессию [149]. Дисфорично-угрюмое настроение с раздражительностью, гневливостью, агрессией свойственно опишной абстиненции. Больные в этом состоянии наносят себе множественные самопорезы. Поверхностные рубцы на предплечьях являются характерным признаком опиатной наркомании. Аутоагрессивные акты используются наркоманами для снятия психоэмоционального напряжения. Выраженные суицидальные и агрессивные реакции превалируют в структуре кетаминового абстинентного синдрома [150]. При этом суицидальные мысли и действия в абстинентном синдроме возникали даже у тех лиц, которые не имели в анамнезе депрессивных расстройств и подобных идей [188]. Пусковым механизмом аутоагрессивных реакций в состоянии отмены может являться внешняя агрессия [189].

Анализ литературных данных свидетельствует, что многие аспекты суицидального поведения в абстинентный период освещены неравноценно. Значительный удельный вес отводится описанию психопатологической симптоматики, констатации аутоагрессивных проявлений, что оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия факторов, лежащих в основе формирования суицидального поведения. Однако депрессивные расстройства в структуре синдрома отмены являются основными причинами актуализации суицидального поведения у больных алкоголизмом и наркоманиями.

Суицидальное поведение у наркологических больных наблюдается на исходных стадиях хронической интоксикации ПАВ [131, 145, 168]. Его возникновению и проявлению способствуют специфические личностные изменения (вторичная психопатизация) и психосоциальная деградация, обусловленные длительным действием токсикантов на ЦНС и формированием психоорганического синдрома. А.Г. Врублевский, А.А. Глазов [43] констатировали высокую частоту самоубийств, моральной деградации, а также криминальное поведение среди данного контингента. Депрессивные расстройства, сопровождающиеся суицидальными идеями и попытками, отмечаются на этапе психосоциальной деградации при злоупотреблении транквилизаторами и стимуляторами [214].

Суицидальные формы аутоагрессии описаны многими авторами и в период ремиссии [20, 22, 63, 88]. Что связано с влиянием поведенческой, эмоциональной и когнитивной составляющих синдрома патологического

влечения и соотносится с уровнем реабилитационного потенциала. По данным Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельниковой [67] на ранних этапах ремиссии имели место передозировки ПАВ (81%), суицидальные мысли и действия (58%). Суицидальное поведение в период ремиссии отмечалось у 57,2% больных опийной наркоманией [21]. Анализ данных о количестве и причинах летальных исходов в период проведения поддерживающей метадоновой терапии показал, что наиболее распространенная причина смерти была связана с употреблением ПАВ (44%), за ней следовало соматическое заболевание (24%). Пятьдесят случаев смерти (21%) зафиксированы в течение первой недели поддерживающей метадоновой терапии, 88% из них были вызваны ПАВ. В целом 42% летальных исходов наблюдались в течение первой недели метадоновой терапии [251].

Т.А. Кожина и др. [95] считают, что само потребление спиртных напитков и злоупотребление ими, равно как и курение табака, не может рассматриваться как проявление аутоагрессии. Во-первых, основным мотивом употребления алкоголя является получение удовольствия, достижения эйфории или избавление от пониженного настроения. Во-вторых, сомнительным представляется объяснение алкоголизма с позиций аутодеструктивной концепции, так как в результате многолетнего пьянства формируется хроническое приподнятое настроение с эйфорией и балагурством. В-третьих, придется признать, что подавляющее большинство населения России и европейских стран – это лица, стремящиеся к саморазрушению.

Несколько иной ракурс приобретает проблема суицидов при коморбидном течении алкоголизма, наркоманий и психических заболеваний. Достоверно больший риск по суицидальному поведению имеют наркологические больные с ассоциированными психическими расстройствами (психопатии, депрессия, мания, тревожные и обсессивно-фобические расстройства, антисоциальные личностные расстройства, последствия черепно-мозговых травм) [2, 27, 73, 157, 181, 183, 186, 191, 197, 244, 246, 248, 249, 250]. По данным актов посмертных судебно-психиатрических экспертиз установлено, что у 58,8% суицидентов анамнез был отягощен психическими заболеваниями, 4,4% - 10,5% из них употребляли наркотики [47]. Коморбидность психиатрических и наркологических расстройств многократно увеличивает социально-психологическую декомпенсацию личности, приводит к распаду семьи, бродяжничеству, криминализации и ранней гибели [155, 199, 208].

Прогноз суицидального поведения при сочетанной патологии сложен. Очевидно, что степень выраженности аутоагрессии зависит от преобладающего влияния сопутствующей психической патологии. Несомненно, что дальнейшее изучение проблемы коморбидности необходимо для понимания как причинно-следственных отношений между аддикциями и психическими

заболеваниями и анализа суицидальных намерений, так и для построения высокоэффективных психокоррекционных и профилактических программ.

Очевидна взаимосвязь между направленностью, степенью выраженности паттернов агрессивного поведения и личностными особенностями [29, 68, 89, 103, 107, 108, 164, 174, 217]. В.С. Битенский и др. [25] считали, что самоповреждающее поведение (множественные самопорезы различной локализации - на грудной клетке, передней брюшной стенке) характерно для эпилептоидных и истероидных психопатов. Демонстративная ауто- и гетероагрессия наблюдалась у больных алкоголизмом с гипертимными чертами характера, аутоагрессивные реакции с идеями или самоповреждающими действиями – у алкоголезависимых с астеническими личностными особенностями [136]. Больные опиоманией могут быть типированы как нарциссические личности пограничного уровня, со свойственными для последних агрессивностью, выраженными аффектами стыда и зависти, ведущими защитными механизмами в виде идеализации, обесценивания своего «Я» и отрицания реальности [130]. У пациентов с опионо-эфедроновой и опионо-барбитуровой полинаркоманиями отмечались нарушения поведения, которые выражались в истинных (10%) и демонстративных (17%) суицидальных попытках [53]. Личностные особенности этих больных были следующие: эпилептоидный тип – 24%; истероидный и шизоидный типы – по 20%; неустойчивый и гипертимный типы – 14% и 13%, соответственно.

Психологические исследования структуры личности лиц, имеющих деструктивные зависимости (алкоголизм, наркомания, игровая и Интернет аддикции), склонных к суицидальному поведению, показали, что в большинстве случаев им сопутствуют аффективные, тревожные и личностные расстройства. У 57% всех обследованных лиц отмечался повышенный уровень тревожности как черта личности, при этом в женской популяции этот показатель оказался значительно выше. В 28% случаев выявлен умеренно выраженный депрессивный уровень невротического генеза, в 60% случаев было диагностировано неопределенное значение, в 12% - полное отсутствие депрессии. У всех обследованных выявлялись определенные характерологические особенности: преобладание неустойчивых, лабильных и эпилептоидных черт личности, высокая психологическая склонность к девиантным формам поведения, а также изменения личности по органическому типу и значительные признаки нарушения социальной адаптации [142, 206].

Суицидальные мысли, суицидальные попытки и случаи завершеного самоубийства в большей степени распространены среди патологических азартных игроков, чем в остальном населении. Частота суицидальных мыслей среди патологических азартных игроков колеблется в пределах от 20 до 100%, а суицидальных попыток – от 4 до 40% [111, 123, 207, 212, 215, 219, 221, 224, 228, 233]. Выраженная склонность к азартным играм, крупные дол-

ги, сопутствующие психические расстройства и употребление ПАВ ассоциируются с повышенным риском совершения самоубийства.

Суицидальные мысли и попытки при зависимости от азартных игр наблюдаются на стадии отчаяния [205]. Диагностическими признаками этой стадии являются: угрызения совести, раскаяние, уход в себя, чувство безнадежности, эмоциональные нарушения, злоупотребление алкоголем, потеря личной и профессиональной репутации, удаление от семьи и друзей, развод. Психопатологическая симптоматика на этапе прерывания игрового цикла у 93,2% была представлена депрессивными расстройствами. Они характеризовались частым появлением ощущения чувства вины за создавшуюся ситуацию, чрезмерным беспокойством по разным поводам или наоборот, чувством апатии, ощущением, что будущее безнадежно и чувством собственной никчемности, вплоть до суицидальных мыслей [111, 175, 177, 236, 237, 238]. Т.В. Агибалова [3] изучая психопатологические особенности аффективных расстройств в структуре игрового абстинентного синдрома (ИАС), обнаружила преобладание сниженного настроения, моторной и идеаторной заторможенности, иногда эти расстройства сопровождались непродолжительными приступами тревоги, нарушением сна, аппетита. Имеются данные о генетической общности гемблинга и большой депрессии (18 - 75%), злоупотребления ПАВ (4 - 73%) и значительной частоты совместной встречаемости. Этим и объясняется высокий процент суицидального поведения (12 - 80%) при всех этих расстройствах [76]. Депрессия – это, вероятно, наиболее распространенное психическое расстройство, которое сопутствует патологической склонности к азартным играм. Было выдвинуто две теории для объяснения связи между склонностью к азартным играм и депрессией: в соответствии с первой – к депрессии приводят связанные с азартной игрой потери и другие последствия, в соответствии со второй – азартные игры облегчают депрессивное состояние, то есть действуют как «антидепрессант».

Одной из особенностей аддиктивного поведения является выраженный характер созависимости. Созависимость подчас является более мучительным состоянием, чем сама химическая зависимость [124]. Самые ранние сведения, подтверждающие взаимосвязь между суицидальным поведением и характером семейных отношений, мы находим в работах Э. Дюргейма [69]. Влияние семьи на формирование у индивида суицидальных тенденций носит сложный и опосредованный характер. Известно, что суицидальные идеи и суицидальные попытки предопределяются низким уровнем родительского тепла, коммуникации и эмоциональной отзывчивости, подверженностью к стрессам, а также высоким уровнем физического и психологического насилия, неодобрения, суровой дисциплины, плохого обращения и семейного конфликта в целом [34]. «Созависимость можно определить как комплекс расстройств, в первую очередь психопатологических, возникающих у бли-

жайших членов микроокружения (в основном – ближайших родственников) больного химической зависимостью, приводящих к развитию устойчивых расстройств психического и соматического здоровья созависимых и появлению новых (болезненных) форм и их поведения и адаптации» [26]. В.В. Чирко, М.В. Демина [178], описывая феномен созависимости, выявили ряд общих черт между больными наркоманиями и их родственниками. Общность личностных черт проявлялась тем, что это были гиперэмоциональные, тревожные, ранимые, обидчивые личности. В детстве многие родители наркозависимых постоянно боялись смерти родителей. Логично было предположить развитие у родителей после столь массивной и продолжительной психической травмы, как наркомания у ребенка, тяжелой реактивной депрессии. Однако родственники больных не испытывали острую тоску, не придавали значение своему сниженному настроению, поскольку считали его логическим следствием семейной трагедии. У них также не обнаруживалась двигательная заторможенность. И, тем не менее, несмотря на отсутствие симптомов типичной депрессии, авторы пришли к выводу, что стержнем психических нарушений у родителей больных являются проявления депрессивного круга – гипотимия и тревога, принимающие затяжной характер. Официальная статистика свидетельствует, что 87% врачей территориальных поликлиник затрудняются в распознавании и терапии депрессивных расстройств. Неутешительным остается факт, что именно к ним, а не к психиатрам, опасаясь стигматизации, в первую очередь обращается большинство депрессивных больных [51].

Парадигма транзактного анализа позволяет рассматривать суицидальное поведение как результат формирования и развития жизненного сценария. Согласно теории транзактного анализа, предписание: «Не будь», полученное от родителей, является ведущими в формировании и реализации суицидального сценария [18], в том числе у больных с аддиктивными расстройствами [121]. В частности, Д.И. Шустов [187] указывал, что программа «Не живи», предопределяющая негативный жизненный сценарий, обнаруживается у значительного числа больных алкоголизмом. Данная программа, как полагает автор, реализуется либо через рискованное, связанное с получением травм и увечий поведение, либо через «неожиданный» фатальный суицид.

По мнению многих отечественных и зарубежных авторов, больные алкоголизмом представляют собой группу наиболее чувствительную к семейным ссорам, непониманию (семейным суицидогенным факторам) в плане реализации аутоагрессивных импульсов [8, 16, 113, 204, 218, 222]. Прием алкоголя выступает в роли дезадаптирующего фактора, что приводит к легкому возникновению микроконфликтов с последующей реакцией на них в форме аутоагрессии. В 60% случаев причинами суицидальных попыток у женщин были семейные проблемы, в 70% – алкоголизм мужа [161]. Жены

мужчин больных алкоголизмом (первая группа) достоверно отличались от жен мужчин, не страдающих алкогольной болезнью (вторая группа) по клиническим формам «классической» аутоагрессии: суицидальные мысли – 45,1% и 12,9%; парасуициды – 12,9% и 0,0%. У представительниц первой группы 83,3% суицидальные попытки были осуществлены посредством отравления медикаментами, 16,7% - через самоповешение. В то же время мужчины-алкоголики и их жены по наличию суицидальных мыслей и парасуицидов между собой достоверно не различались [120].

Обобщив результаты исследования, С.Н. Ениколопов, Т.М. Рожнова [70] выдвинули предположение о том, что склонность к аутоагрессии является одной из характеристик феномена созависимости. Показатели агрессивности, полученные при помощи методики «Hand-тест», свидетельствуют о том, что семья больного алкоголизмом характеризуется тенденцией к проявлению внешней агрессии у мужчин этой группы, которая купируется приемом алкоголя. В результате скрытая агрессия трансформируется в аутоагрессию путем саморазрушающего поведения, которым является алкоголизм. Жены больных характеризуются тенденцией к аутоагрессии, что проявляется при выборе брачного партнера и реализуется проживанием с больным алкоголизмом.

Л.И. Матвиевской [115] описана структура синдрома родительской реакции на наркоманию. У матери – фобия потери ребенка, чувство вины, стыд, воспитательная неуверенность, проекция на ребенка собственных отвергаемых черт. У отца – эмоциональная и поведенческая неустойчивость, отвержение ребенка, отвержение материнского стиля воспитания. На основании этого, автор пришел к заключению, что созависимость в семьях больного наркоманией – это саморазрушающее поведение.

В то же время само по себе наличие аномалий в семейных отношениях не может служить достаточным основанием для отнесения данной конкретной семьи в разряд суицидогенных. И, наоборот, семьи без видимых признаков аномалий не дают гарантии, что у их членов не возникнут суицидальные тенденции [72, 114, 118, 152, 159, 176, 240]. На наш взгляд, изучение возможного влияния семейных взаимоотношений на возникновение и развитие суицидных тенденций у зависимых больных и созависимых лиц, имеет значение в предупреждении суицидов и создании условий, препятствующих их рецидиву.

К нехимическим аддикциям, помимо лудомании и созависимости, относят переедание и голодание [55]. Частота случаев причинения себе телесных повреждений в период всей жизни у женщин, которые находились на стационарном лечении по поводу расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, расстройства пищевого поведения неуточненные), составляла 34,6%, при этом самые высокие показатели были среди женщин с не-

уточненными расстройствами пищевого поведения (35,8%) и булимией (34,3%). Частота случаев причинения самоповреждений в течение шести месяцев составила 21,3%. Пациентки с суицидальным поведением значительно чаще сообщали о психотравмирующих событиях, у них были достоверно выше оценки диссоциативных симптомов и значительно чаще возникали обсессивно-компульсивные мысли и способы поведения. У больных булимией получены более высокие показатели импульсивности [245]. Многократные суицидальные попытки были выявлены у 27,8% женщин с нервной булимией и с нервной анорексией. Причем женщины, пытавшиеся совершить самоубийство, существенно отличались от тех, кто не предпринимал их: ранним появлением психопатологической симптоматики, тяжелыми депрессивными и общими симптомами с выраженными расстройствами поведения с импульсивными действиями [203].

Помимо суицидальных существуют множество «несуицидальных, изоморфных» форм аутоагрессии. Последние, в свою очередь, являясь либо предикторами суицидальности, либо ее эквивалентами, приводят больных и лиц с созависимым поведением к гибели как прямой, так и опосредованной. Другими словами, формируется «порочный круг».

И.Н. Пятницкая [145] считала, что употребление наркозависимыми ненаркотических, но смертельно опасных средств: грязной воды, скипидара, масляных растворов, ацетона, производных хлора есть выражение стремления к смерти, самоуничтожению, мазохизма в самом процессе наркотизации.

В качестве одного из факторов формирования «самодеструктивного» поведения у больных с химической зависимостью указывается длительно подавляемая агрессивность. Согласно З. Фрейду [211], кроме инстинкта жизни (Эрос), имеется врожденный инстинкт смерти (Танатос). Инстинкт смерти, обращенный вовне, выражается во враждебности, стремлении к разрушению и убийству. При углублении конфликтов между Эго и Суперэго, наличии препятствий для разрядки агрессии, Танатос проявляет себя в самонаказании, крайней формой которого является заверченный суицид. Как известно, формирование алкогольной и наркотической личности происходит параллельно с выработкой защиты от Суперэго. В психологической литературе описаны следующие виды защит: потребность в разрушении успеха, защита от совести, стремление получить наказание извне, специфическое «провокационное» поведение, готовность к чувству стыда и унижения, непереносимость ограничений и парадоксальное желание к их получению, пренебрежение собственной безопасностью и стремление переложить ответственность за свое выживание на окружающих; поиск «доверенного лица», способного вытерпеть и простить аддикта [182]. Внутренняя направленность Танатоса может рассматриваться в психодинамической интерпретации как «убийство, повернутое на 180 градусов» [цит. по 187] и проявляться через

некрофильные агрессивные и/или аутоагрессивные тенденции [174]. По мнению W.J. Poldinger [234], феномен подавленной агрессивности у больных с болезнями зависимости выражается попытками показать состояние беспомощности невербальными средствами при дефиците коммуникации: пассивным подчинением референтной группе, отрицанием и избеганием ответственности, отсутствием мотивации к лечению или ее недостатком.

В рамках психоаналитической концепции E.J. Khantzian [220] была высказана идея о самокарающих тенденциях у аддиктов, являющихся следствием травмирующего обращения с ними в детстве. Это явление было определено как «феномен продления боли» с желанием повторить неразрешенную боль, полученную на ранних стадиях онтогенеза. С точки зрения критериев клинической эпидемиологии (доказательной медицины), психодинамические исследования попадают в группу малоубедительных данных [76].

Психологическое обследование пациентов с зависимостью от азартных игр с помощью 16-факторного опросника Р.Б. Кэттелла выявило следующие особенности: высокая «социальная смелость» - склонность к риску, растороженность, аномальный стиль поведения; «подверженность чувствам» - склонность к непостоянству, подверженность влиянию случая и обстоятельств, снижение соблюдения общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах; «экспрессивность» - эмоциональная дезориентация мышления, спонтанная вера в удачу; «напряженность» - активная неудовлетворенность стремлений и «неустойчивость самоконтроля» - конфликтность представлений о себе, неадекватность самооценки [66].

Увлеченность азартными играми не обязательно связана с риском. Риск может носить вымышленный характер, например, при идентификации себя с участниками игр (компьютерные игры). Азартные игры, жестокие зрелища, спорт, в том числе экстремальный, обеспечивают разрядку накопившейся агрессивности, и могут выступать в качестве альтернативы аддиктивному, ауто- и гетероагрессивному поведению. С другой стороны, необходимо отметить высокую криминогенность некоторых аномалий поведения (патологический гемблинг, садизм, эксгибиционизм), являющихся составной частью аддикций. Социальная опасность этих феноменов связана с увеличением их частоты и с нарастанием психологической, социальной дезадаптации индивидуума [28].

Что касается созависимых родственников, то, как полагает В.Д. Москаленко [124, 125], они в равной степени с зависимыми больными безответственны к своему состоянию здоровья и к своим потребностям. По вине больного алкоголизмом, так или иначе, страдают 7-8 человек, связанных с ним родственными и семейными узами. Соматическая сфера (соматическая аутоагрессия) у созависимых жен страдает в большей степени, чем у их мужчин [120].

К скрытой форме аутоагрессии следует отнести и подверженность травмам и несчастным случаям [23, 62, 187]. В литературе наиболее популярен подход, связывающий травматизм и несчастные случаи у аддиктов исключительно с последствиями прямого токсического действия психоактивных веществ и снижением критики, прогностических функций и волевого контроля. Однако исследования показали, что до 3% госпитализируемых в наркологический стационар – пациенты с тяжелыми травмами или суицидальными попытками [54]. В зарубежных исследованиях указывается, что автоаварии у химических аддиктов являются эквивалентами суицида и аутоагрессивного поведения [232].

Как полагает К. Меннингер [119], саморазрушительные последствия алкоголизма носят случайный характер. Так, по мнению автора, спиртное может служить средством притупления страха перед опасностью. Интуитивно пациент чувствует приближение этой опасности и выбирает алкоголь как меньшее зло.

Известно, что созданию автоаварийных ситуаций способствуют такие черты личности водителя, как агрессивность, нетерпеливость, нетерпимость, гиперактивность, рискованное поведение. Часто эти личностные особенности имеются в преморбиде больных наркоманией, которые развиваются в процессе хронической наркотизации и усиливаются при интоксикации [145]. При анализе смертности наркоманов с 1991 по 2000 годы, проведенным А.В. Кирдяпкиной [90], было выявлено 70 самоубийств - 14% от всех 494 случаев насильственной смерти больных наркоманией за этот период. Среди причин смерти аутоагрессантов ведущее место занимала механическая асфиксия (77%); на втором месте – падение с высоты (17%); на третьем - резаные раны предплечий. В то же время из 277 наблюдений острых отравлений при судебно-медицинской экспертизе ни в одном случае не было выявлено объективных данных самоубийства. При этом автор справедливо отмечает, что, несмотря на отсутствие признаков самоотравления, нельзя не предполагать в некоторых случаях преднамеренной передозировки ПАВ в целях суицида. Ожоги, связанные с намеренными самоповреждениями, часто обусловлены злоупотреблением ПАВ. Не исключено, что поведение, связанное с получением разрушительной ожоговой травмы, требующей стационарного лечения, имеет самостоятельное аутодеструктивное значение и выполняет роль своеобразной мотивационной ниши [187].

Официальная статистика смертельных случаев среди наркологических больных весьма приблизительна, и составляет не более 1-2% [184].

Бесспорно, лица, употребляющие ПАВ, нередко оказываются вовлеченными в неблагоприятные ситуации. Однако это можно объяснить биологическими (токсическое действие веществ на ЦНС) и клиническими (измененное сознание, снижение критики) закономерностями течения заболева-

ний. Другими словами, следует воздерживаться от однозначной интерпретации и быть внимательными в оценке аутоагрессивного поведения. Вместе с тем, имеются работы, в которых феномен химической зависимости рассматривается через призму аутодеструктивного поведения [21, 182, 187]. Подобная точка зрения отражает психоаналитические подходы, согласно которым под влиянием хронического разрушающего воздействия токсиканта страдают базовые структуры личности и запускаются антивитаальные механизмы вследствие рассогласованности энергии двух инстинктов: Эроса и Танатоса.

Наименее изученными остаются многие вопросы, касающиеся причин насильственной смерти больных алкоголизмом и наркоманиями, среди которых особую трудность составляет выявление аутоагрессивных (явных, скрытых) действий. Как правило, регистрируются только случаи гибели пациентов, применивших с суицидальной целью огнестрельное оружие, совершивших самоповешение, падение с высоты или другие, так называемые жесткие способы самоубийства. Случаи самоубийств, совершенные путем самоотравления, и, не повлекшие внешние нарушения целостности организма аутоагрессанта, регистрируются значительно реже. Что связано как с трудностью посмертной диагностики алкоголизма, наркомании, так и с трудностью установления факта преднамеренного отравления. К сожалению, актуальность посмертной диагностики состояний, связанных с потреблением ПАВ, возрастает лишь по требованиям правоохранительных органов [184]. На наш взгляд, для подтверждения этого феномена значение имеют посмертные записки, заявления близких и родственников суицидента. Кроме того, необходим анализ имеющейся медицинской документации и учет ранее зарегистрированных случаев актов суицида у данного индивида.

И.Б. Гаспер, В.В. Чирко, М.В. Демина [44] считают, что медицинская помощь зависимым больным, ставших жертвами несчастных случаев, ограничивается лишь неотложными реанимационными мероприятиями. В то время как реального терапевтического воздействия на первопричину физических катастроф - аддиктивную патологию - не оказывается. Другими словами, специализированной психиатрической и наркологической помощи эти больные часто лишены. Поэтому большинство из них возвращается к приему ПАВ, и происходит повторение подчас фатальных передозировок и травматизации.

Представляет интерес проведения психологических параллелей между болезнями зависимого поведения и антисоциальным поведением. Так или иначе, эти феномены приводят к преждевременной, в том числе суицидальной смерти. Еще в 1910 году В. Штекелем [цит. по 72; с. 96] была высказана точка зрения, в которой излагалось, что «себя убивает тот, кто хотел убить другого или, по крайней мере, желал смерти другого человека». Эта гипотеза находит свое подтверждение также и в работах других авторов. Так, по мне-

нию К. Menninger [119], существование скрытой аутоагрессии без подавленного желания убить кого-либо, вряд ли возможно. Другие психологические теории рассматривают аутодеструкцию как потребность в искуплении за реальное или воображаемое преступление. В личностном преморбиде будущих суицидентов выявлена склонность к антисоциальным действиям, слабость или нестабильность морально-этических установок [71, 73]. Данные обзора Kathleen A. Rajer [34] свидетельствуют о том, что антисоциальное поведение девочек-подростков имеет долговременные последствия для индивида и общества. У них отмечаются повышенные показатели смертности, 10-40-кратное увеличение показателя преступности, высокие показатели болезненности психическими расстройствами, а также дисфункциональные взаимоотношения, нередко с применением насилия. К возможным объяснениям этих данных можно отнести глубокие биологические или психологические нарушения или изначальную гетерогенность популяции девочек с антисоциальным поведением.

Различные формы проявлений криминальной агрессии могут иметь самостоятельное психологическое объяснение, если рассматривать ее как одну из форм реализации саморазрушающих тенденций, свойственных личности, употребляющей ПАВ. Из 750 лиц, отбывающих заключение, 37% сообщили о проблемах, связанных с употреблением ПАВ. По сравнению с другими подследственными заключенными (не употребляющими алкоголь и другие дурманящие вещества) они чаще сообщали о несчастливом детстве, расстройстве поведения со склонностью к нарушению общественного порядка, самоповреждениях, лечении у психиатра в прошлом, а также о текущем расстройстве настроения. Кроме того, они имели более низкую квалификацию, были безработными и испытывали трудности в приобретении жилья [200].

Согласно исследованиям А.В. Меринова [120], жены мужей, страдающих алкоголизмом по сравнению с женами здоровых супругов, достоверно чаще обнаруживают различные варианты рискованного и виктимного поведения: несчастные случаи, травматическая патология (в том числе черепно-мозговые травмы), физическое (преимущественно со стороны мужа) насилие. Кроме того, автор считает, что им свойственны мазохистические жизненные установки. Например, одной из них является идея необходимости страдания в браке, как вариант «национальной женской доли». К. Хорни [187] определяет следующие функции мазохистического страдания: 1) прямой защиты, когда мазохист посредством самобичевания избегает обвинений, а, принижаясь – избегает соперничества; 2) способа достижения желаемого: страдание и беспомощность для него – мощные средства получения любви, помощи и контроля; 3) замаскированного обвинения других людей.

По мнению В.Д. Москаленко [124], созависимые сами участвуют в процессе собственной виктимизации. Жертвенность у созависимых лиц вы-

ражается в полном отрешении от собственных интересов, от жизни. Следует отметить, что жена неосознанно нуждается в зависимом муже, предоставляющего ей возможность социально приемлемо страдать и мучиться, называясь «несчастной женщиной, которой так не повезло с мужем».

Резонно предположить, что в поведении обеих сторон просматриваются рискованные, а, следовательно, аутоагрессивные тенденции.

Описаны и другие стили межличностного взаимодействия жен в семьях больных алкоголизмом мужчин. В частности, интерперсональные отношения характеризовались доминантностью, властностью, самоуверенностью и напористостью женщин. Мужчины, напротив, отличались мягкостью, кротостью, послушанием, уступчивостью, услужливостью и зависимостью. Они часто брали вину на себя, были безропотны и пассивны [70].

Е.А. Назаров [126] определял созависимость в семьях, где один из членов семьи больной наркоманией как «защитную компенсаторную реакцию на внутриличностный конфликт. Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком и, с другой стороны, индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и тому подобное. Созависимость при этом выражается в поведении, направленном на разрушение одной из сторон конфликта. Поэтому в отношении семьи больного наркоманией уместно определение саморазрушающейся семьи.

Формирование личности суицидента идет под влиянием длительного нарушения нормального процесса социализации [4, 34, 81, 226, 227]. Выражение неблагополучия в социальной и психологической сфере посредством снижения социального статуса, изоляции, совершения аморальных поступков также является проявлением несуйцидальных форм аутоагрессии, подсознательно преднамеренной смерти [186]. Сформированная зависимость приводит к развитию гипотимии с идеями самоуничтожения и самобичевания, ощущению «выпадения» из социума, неполноценности, и сопровождается неудовлетворенностью личной и общественной жизнью, что в дальнейшем сопровождается развитием депрессивных эпизодов и аутоагрессивных тенденций. Б.А. Войцехович и А.И. Редько [39] дают такие «специфические» психологические типы потенциальных самоубийц: 1 тип – мужчина, 20-59 лет, разведенный, занятый в общественном производстве, проживающий вне семьи, имеющий судимость, не страдающий тяжелым соматическим заболеванием, злоупотребляющий алкоголем с признаками хронического алкоголизма, но не стоящий на учете, не высказывающий намерений покончить, потреблявший алкоголь накануне; 2 тип – женщина старше 60 лет; 3 тип – состоящие в браке, алкоголики, возможна судимость, мотив суицидальной попытки - внутрисемейные конфликты, обусловленные пьянством, что наглядно вскрывает связь алкоголизма и суицидальности.

Самые ранние сведения о «гибели» физической и социальной у опио-манов, мы находим в руководстве по психиатрии E. Bleuler [195]. У одних наркоманов смерть наступает вследствие суицида, у других разрушается межчеловеческое и социальное существование. Проявления «социального умирания» в виде нарушения образовательного, профессионального статуса и социально-трудовой адаптации у наркозависимых прослеживаются еще на этапе предболезни. Н.Я. Оруджев [133] выявил, что в процессе хронической опийной наркотизации у большинства больных снизился социальный статус: не работали и не учились – 30,0%; свои семейные отношения как конфликтные оценивали - 87,3%.

Потеря профессионального статуса при злоупотреблении ПАВ рассматривалась L. Boyd [198] как скрытая форма аутоагрессии – «профессиональный суицид». Известно также, что среди безработных число случаев аутоагрессии выше, чем среди работающих. Высокая суицидогенность феномена безработицы подчеркивалась М.Х. Кажаровым [82]. Автор считал, что массовая безработица блокирует реализацию базовых человеческих потребностей. Она в сочетании с кризисом социальной идентичности, затрагивая, прежде всего ценностно-смысловые и аффективные компоненты социокультурной регуляции, порождает перманентную тревогу и интрапсихические конфликты, которые способствуют активации антивитаальных переживаний и принятию суицидного решения. Последнее наиболее часто реализуется посредством употребления ПАВ.

Аддиктивные личности, с одной стороны, обнаруживают снижение социальной активности, их перестают беспокоить переживания, заботы и проблемы ближайшего окружения. С другой стороны, у них не хватает сил для вникания, эмоционального соучастия и сопереживания.

Таким образом, приведенные данные обзора литературы свидетельствуют о значительном росте аутоагрессивной (суицидальной, несуйцидальной) смертности при наркологических заболеваниях. В то же время суицидальное поведение у больных с зависимостью от азартных игр и у лиц с созависимым поведением, почти не представлено в научной литературе как предмет теоретического и практического исследования.

Анализ фактографического материала позволяет сделать вывод, что формированию аутоагрессии в структуре аддиктивных расстройств и созависимости способствуют множество биологических, психологических, социальных и психопатологических факторов. Выделение каких-либо факторов как самостоятельных, превалирующих не представляется возможным, так как они находятся в сложных взаимодействиях с последовательным выходом на первый план то одних, то других на разных стадиях заболевания. Все перечисленное отражает многоуровневость целостной структуры организма человека и свидетельствует о сложности патогенеза аутоагрессивного пове-

дения, который до сих пор не ясен. Диапазон когнитивных и поведенческих паттернов суицидального поведения в структуре аддиктивных заболеваний и созависимости встречается в широких пределах. Суицидальная аутоагрессия сопровождает аддиктивные расстройства на всех периодах заболевания, включая донозологический, и является преимущественно вторичной. В связи с этим требуется углубленный психопатологический анализ структуры личности, особенностей течения заболевания, антивитаальных механизмов.

Разнообразие теорий и гипотез, рассматривающих болезни патологической зависимости как «продолженный суицид», свидетельствуют об отсутствии единых позиций. Это можно объяснить многогранностью проявлений аутоагрессии, методическими сложностями или узконаправленностью (преимущественно работы посвящены описанию классических форм аутоагрессии) в изучении данного явления. Складывается впечатление, что упомянутые здесь теории и точки зрения относительно истоков и причин возникновения аутоагрессивного поведения при аддикциях и созависимости имеют лишь умозрительный или предположительный характер. Наиболее убедительной и обоснованной представляется точка зрения, рассматривающая аутоагрессивное поведение при болезнях зависимости и созависимости как непродуктивный механизм совладания со стрессовыми ситуациями, неконструктивную психологическую защиту.

Предлагаемые теоретические концепции, рассматривающие болезни зависимого поведения и созависимость как одну из форм саморазрушающего поведения, опираются в основном на психологических построениях, которые недостаточно учитывают клинику и динамику психических расстройств, особенности личности аддиктов и их родственников с созависимым поведением, нарушения социально-психологической адаптации и многие другие факторы. Рассмотрение несуйцидального аутоагрессивного поведения лишь в психологических рамках неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Вместе с тем, исследование феномена аутоагрессии с психологических позиций представляет интерес для оказания помощи больным с аддиктивными расстройствами и родственникам с созависимым поведением.

Нам представляется, что зависимые больные и родственники с созависимым поведением с суицидальной активностью – это специфические группы. Поэтому за «кадром» остается ряд нерешенных, принципиально важных вопросов, а именно: условия формирования и ключевые особенности клиники суицидального поведения, которые у зависимых больных и у лиц с созависимым поведением будут разными; феноменология суицидального поведения; представленность и соотношение различных форм суицидного поведения. Весьма спорным остается вопрос об истоках и аккумуляции зависи-

мыми больными и родственниками мощных деструктивных действий не только в отношении собственной личности в различных сферах жизни (соматической, психической, социальной, духовной), но и в отношении окружающих, посредством совершения преступлений, аморальных поступков. Эти вопросы требуют проведения дополнительных углубленных исследований с последующим научным обобщением.

К сожалению, не все специалисты расценивают проблему аддиктивного и созависимого поведения как потенциально смертельную, что во многом объясняет оказание помощи этому контингенту либо по факту болезни, либо по факту суицида. Следовательно, важной научно-практической задачей является поиск оптимальных диагностических и терапевтических подходов, направленных на суицидальную (явную и скрытую) превенцию.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе наркологического учебно-научно-лечебного центра Астраханской государственной медицинской академии и наркологических отделений Областного наркологического диспансера проведено выборочное исследование 461 человека. Из них 184 человека мужского пола (39,9%) и 277 женского пола (60,1%). Подавляющее большинство обследуемых (257 человек или 55,6%) – это больные алкоголизмом, опиатной наркоманией и зависимостью от азартных игр. Оставшаяся часть – (204 человека или 44,4%) – это матери и жены аддиктов. При этом из 461 человек, с суицидальным поведением было 172 человека (37,3%), соответственно без такового – 289 человек, что составляет 62,7%. Другими словами, удельный вес лиц с суицидальным поведением был достаточно высоким.

Следует оговориться, что группа больных с зависимостью от азартных игр оказалась самой малочисленной (44 мужчины – 9,5%). За весь период реализации научной программы за медицинской помощью обратились три женщины, однако, они не дали своего согласия на участие в исследовании. При сборе данных возникали объективные сложности. Подавляющее большинство обратившихся поступало в сопровождении родственников, так как больными данная зависимость не рассматривалась как психическое заболевание, хотя никто из них не отрицал, что по мере участия в азартных играх у них появились психологические, психиатрические и социальные проблемы. Вместе с тем, применяемые статистические методы позволили выявить статистические различия и в дальнейшем сформулировать определенные выводы. По мнению М.А. Винниковой [35], репрезентативность выборки определяется главным образом, не количеством обследуемых больных, а тем, насколько полно представлены в ней различные категории больных, различающихся по медико-биологическим и социальным характеристикам.

Что касается родственников (матери, жены), то при госпитализации больных в наркологические отделения они обращались с различными рода жалобами. Им предлагалось заполнить опросники, индивидуальные карты. Также как и больным, предварительно были изложены цель и задачи настоящего исследования, юридические права на гуманное отношение со стороны специалиста, на оказание квалифицированной консультативной помощи. С одной стороны, у родственников выявлялись пограничные психические расстройства, с другой стороны в Международной Классификации Болезней (МКБ) 10-го пересмотра отсутствует понятие «созависимость». Поэтому при сборе информации возникали объективные сложности. Наиболее трудными для женщин были вопросы по суицидальному поведению, характеру внутрисемейных отношений, наследственной отягощенности психиче-

скими и наркологическими заболеваниями. Соблюдая Конституцию Российской Федерации и Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», сбор информации осуществлялся только с добровольного согласия. От участников исследования не требовалось называть свои паспортные данные. Одновременно женщины могли задавать вопросы по заполнению анкеты, требовать пояснения или интерпретации по любым ее пунктам. Не исключалась возможность прервать участие на любом этапе клинического исследования.

Согласно мнению В.Д. Москаленко [124] созависимость имеет сходство с зависимостью по следующим параметрам, а именно состояние созависимости: 1) представляет собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания; 2) приводит к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации; 3) при невмешательстве может привести к преждевременной смерти; 4) при выздоровлении требует системного сдвига, как в физическом, так и в психологическом плане. С определенной долей уверенности можно предположить, что при прогрессировании созависимости неизбежна (при невмешательстве) психосоциальная деградация созависимой личности с характерными проявлениями. Безусловно, созависимыми являются и мужчины, чьи дети и жены страдают аддиктивными расстройствами. Однако обследование мужчин не представлялось возможным по нескольким причинам. Во-первых, в количественном отношении обращений к врачу их было мало. Как правило, по всем вопросам лечения, участвовали женщины. Во-вторых, из тех, кто дал согласие на обследование, не выполняли все необходимые задания, позволяющие дать объективную оценку. И, в-третьих, они считали, что созависимыми являются только женщины.

Критерия исключения: 1) возраст более 60 лет; 2) эндогенные психические заболевания (шизофрения и другие бредовые расстройства – (F20 – F23); 3) параллельное злоупотребление ПАВ (F10 – F19); 4) склонность к азартным играм и заключению пари (Z72.6); 5) острые психотические состояния; 6) тяжелые органические поражения ЦНС (F00 – F005, F07 – F09); 7) умственная отсталость (F70; F71); 8) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения. Дополнительно для матерей - 9) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления ПАВ и зависимость от азартных игр у мужей; для жен – 10) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления ПАВ и зависимость от азартных игр у их детей.

Все обследуемые были поделены на пять групп: I группа – больные алкоголизмом (111 человек – 24,1%); II группа - больные опиатной наркоманией (102 человека – 22,2%); III группа - больные зависимостью от азартных игр (44 человека – 9,5%); IV группа – матери больных (102 человека – 22,2%); V группа – жены больных (102 человека – 22,2%). Такое распределе-

ние респондентов выполнено нами для описания материалов в обобщенном виде. В последующих главах, о чем будет сказано ниже, больные с аддиктивными расстройствами и лица с созависимым поведением были поделены на группы обследуемых с суицидальным поведением и группы обследуемых без суицидного поведения.

Возраст больных алкоголизмом варьировал от 18-ти до 60-ти лет (средний возраст $37 \pm 0,8$ лет), больных опиатной наркоманией - от 18-ти до 36-ти лет, (средний возраст 26,4 года $\pm 1,23$ лет), больных с зависимостью от азартных игр - от 18-ти до 39-ти лет, (средний возраст $26,2 \pm 1,14$ лет), матерей зависимых больных - от 38 до 60-ти лет, (средний возраст $47,6 \pm 2,3$ лет) и жен аддиктов - от 18 до 50-ти лет, (средний возраст $32,7 \pm 1,3$ лет). Подробное распределение больных с аддиктивными расстройствами и родственников с созависимым поведением в зависимости от возраста представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение исследуемых по возрасту

возраст	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18 - 19	4	3,6	7	6,9	7	15,9	0	0,0	3	2,9
20 - 21	2	1,8	6	5,9	3	6,8	0	0,0	10	9,8
22 - 23	2	1,8	11	10,8	8	18,2	0	0,0	6	5,8
24 - 25	9	8,1	13	12,7	5	11,4	0	0,0	7	6,9
26 - 27	7	6,3	23	22,5	5	11,4	0	0,0	13	12,7
28 - 29	5	4,5	18	17,6	4	9,0	0	0,0	8	7,8
30 - 31	6	5,4	12	11,7	2	4,5	0	0,0	5	4,9
32 - 33	6	5,4	2	1,9	3	6,8	0	0,0	8	7,8
34 - 35	16	14,4	5	4,9	3	6,8	0	0,0	6	5,8
36 - 37	10	9,0	5	4,9	2	4,5	0	0,0	5	4,9
38 - 39	6	5,4	0	0,0	2	4,5	18	17,6	5	4,9
40 - 41	3	2,7	0	0,0	0	0,0	7	6,9	5	4,9
42 - 43	2	1,8	0	0,0	0	0,0	9	8,8	4	3,9
44 - 45	5	4,5	0	0,0	0	0,0	2	1,9	5	4,9
46 - 47	6	5,4	0	0,0	0	0,0	10	9,8	4	3,9
48 - 49	4	3,6	0	0,0	0	0,0	13	12,7	5	4,9
50 - 51	6	5,4	0	0,0	0	0,0	13	12,7	3	2,9
52 - 53	5	4,5	0	0,0	0	0,0	9	8,8	0	0,0
54 - 55	2	1,8	0	0,0	0	0,0	11	10,8	0	0,0
56 - 57	1	0,9	0	0,0	0	0,0	4	3,9	0	0,0
58 - 59	2	1,8	0	0,0	0	0,0	4	3,9	0	0,0
60	2	1,8	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0

Что касается частота встречаемости психической и соматоневрологической патологии у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников, то она представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура психической патологии и патологии беременности и родов у родителей и других ближайших родственников обследуемых

нозология	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
шизофрения	2	1,8	1	0,9	2	4,5	0	0,0	4	3,9
аффективная патология	5	4,5	1	0,9	9	20,5	3	2,9	4	3,9
алкоголизм	53	47,8	60	58,8	13	29,5	30	29,4	21	20,6
наркомания	12	10,8	5	4,9	7	15,9	15	34,0	6	5,8
лудомания	0	0,0	0	0,0	10	22,7	0	0,0	0	0,0
неврот. расстройства	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,8	2	1,9
эпилепсия	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
токсикозы	4	3,6	16	15,7	4	9,0	11	10,8	4	3,9
гипоксия плода	1	0,9	5	4,9	6	13,6	0	0,0	2	1,9
обвитие пуповиной	7	6,3	5	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
преждевременные роды	3	2,7	5	4,9	5	11,4	8	7,8	6	5,8
родовая травма	0	0,0	0	0,0	6	13,6	0	0,0	0	0,0
кесарево сечение	0	0,0	0	0,0	6	13,6	7	6,9	2	1,9
черепно-мозговые травмы	46	41,4	32	31,3	9	20,5	4	3,9	6	5,8

Примечание: Неврот. - невротические расстройства

Как видно из таблицы 2, наследственная отягощенность шизофренией отмечалась у 1,9% респондентов, что соответствует общемировым данным по распространенности шизофрении.

Отягощенность аффективной патологией фиксировалось у 22 человек или у 4,7%. Ожидалось, что ее удельный вес будет несколько выше, так как она является наиболее важным прогностическим фактором риска аддиктивных расстройств, созависимости и суицидального поведения.

Весьма высокий удельный отягощенности алкоголизмом (38,4%), в то время удельный вес наркоманиями был 9,8%. Это лишь подтверждает широкую распространенность алкоголизма в популяции. В.Д. Москаленко [125], экстраполируя мировые данные на популяцию России, предполагает, что от 25 до 50% взрослых мужчин и женщин происходят из семей с наличием алкоголизма у близких родственников, чаще всего это родители.

Отягощенность зависимостью от азартных игр обнаружена лишь в группе больных лудоманией. Наши данные существенно превышают общемировые (от 0,4 до 7,0%) [30]. Вероятно, это связано с малым количеством больных. Преобладание среди больных игровой зависимостью лиц мужского пола объясняется тем, что данная нозология распространена у мужчин. С другой стороны, этот факт можно объяснить тем, что некоторый массив женского пола так и остается скрытым, попадая в поле зрения психиатров лишь при декомпенсациях психического состояния, нарастании социально-психологической дезадаптации.

Невротические расстройства в анамнезе встречались у родственников созависимых лиц и составили 1,7%. Можно предположить, что пограничные расстройства, наблюдаемые у родителей аддиктов, оставались нераспознанными, хотя у созависимых лиц, пограничные психические расстройства в структуре созависимости являются стержневыми. Вероятно, низкая обращаемость родственников обследуемых к специалистам обуславливает такие низкие показатели. Отягощенность эпилепсией регистрировалась у родственников жен (1,9%).

Отягощенный акушерский анамнез (токсикозы, беременности, гипоксия плода, обвитие пуповиной, преждевременные роды, родовая травма, кесарево сечение) фиксировался у матерей всех группах обследуемых.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) различной степени тяжести в преморбиде отмечены в 21,0% случаях. Совершенно очевидно, что патология беременности и родов, ЧМТ являются дополнительными неблагоприятными факторами и могут способствовать формированию аддиктивных расстройств, созависимости и суицидального поведения.

Изучалась суицидальная активность у родителей и других родственников обследуемых (таблица 3).

Таблица 3

Суицидальная активность у родителей и других родственников обследуемого контингента

	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Матери обследуемых</i>										
суицидальное поведение	39	35,1	35	34,3	16	36,4	15	14,7	28	27,5
<i>Отцы обследуемых</i>										
суицидальное поведение	8	7,2	15	14,7	13	29,5	13	12,7	14	13,7
<i>Другие родственники обследуемых</i>										
суицидальное поведение	5	4,5	14	13,7	3	6,8	4	3,9	6	5,8
всего	52	46,8	64	62,7	32	72,7	32	31,4	48	47,0

Во всех группах суицидальное поведение выявлено у матерей обследуемого контингента. При этом суицидальная активность варьировала от 14,7 до 36,4%. Суицидальная активность у отцов и других родственников колебалась в пределах от 3,9 до 29,5%. Иными словами, матери обследуемых являются наиболее суицидоопасной группой. С другой стороны, вероятно, именно они закладывают в своих детей паттерны суицидального поведения. Отцы и другие родственники по сравнению с матерями, реже попадают в поле зрения психиатра.

Исследовались преморбидный личностный статус и особенности поведения. При исследовании личностных особенностей нами использовались классификации акцентуаций характера А.Е. Личко [107] и классификация расстройств личности по МКБ-10. Кроме того, были выделены невротические расстройства, девиантное, делинквентное и антисоциальное поведение (таблица 4).

Таблица 4

Распределение больных с аддиктивными расстройствами, матерей и жен по преморбидным личностным особенностям и особенностям поведения

группы	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Типы акцентуаций</i>										
гипертимный	3	2,7	5	4,9	6	13,6	0	0,0	2	1,9
циклоидный	6	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
лабильный	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,8
астеноневротич.	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
сенситивный	4	3,6	0	0,0	0	0,0	7	6,9	2	1,9
психастенический	7	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
шизоидный	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0
истероидный	4	3,6	0	0,0	4	9,0	20	19,6	8	7,8
неустойчивый	10	9,0	12	11,7	5	11,4	0	0,0	0	0,0
всего	37	33,3	17	16,7	18	40,9	27	26,5	23	22,5
<i>Расстройства личности</i>										
эмоцион. неуст.	10	9,0	16	15,7	7	15,9	14	13,7	15	14,7
истерическое	5	4,5	28	27,4	4	9,0	0	0,0	0	0,0
зависимое	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
шизоидное	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0
смешанные	10	9,0	13	12,7	0	0,0	0	0,0	4	3,9
всего	28	25,2	57	55,9	14	31,8	14	13,7	19	18,6
<i>Невротические расстройства</i>										
всего	10	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,8
<i>Девиантное поведение</i>										
всего	32	28,9	21	20,5	7	15,9	3	2,9	2	1,9
<i>Делинквентное поведение</i>										
всего	8	7,2	5	4,9	4	9,0	0	0,0	0	0,0
<i>Антисоциальное поведение</i>										
всего	1	0,9	11	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Примечание. Астеноневротич. – астеноневротический тип акцентуации. Эмоцион. неуст. – эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Акцентуации характера (крайний вариант нормы), представляющие собой комплекс личностных черт снижающих социальные адаптационные возможности, были выявлены у 122 человек (26,5%). Преобладали истероидная (7,8%) и неустойчивая (5,9%) акцентуации. Далее следовали гипертимная (3,5%), сенситивная (2,8%), циклоидная, психастеническая (по 1,9%) и лабильная (1,3%) акцентуации. Астено-невротическая и шизоидная типы акцентуаций составили менее одного процента (по 0,7%).

Расстройства личности диагностировались у 132 респондентов (28,6%). Превалировало эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) (13,4%) характеризующееся ярко выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения, а также постоянной эмоциональной напряженностью, легкой возбудимостью, обидчивостью, подозрительностью, несдержанностью, злобностью, агрессивностью, склонностью к скандальности и тирании, сниженным порогом требовательности к себе и повышенной требовательностью к другим людям. Было характерно патологическое непостоянство внутренних убеждений, ценностной ориентации, повышенная подчиняемость внешним влияниям, слабость волевых функций, крайняя изменчивость к интересам. Нередко у этого контингента лиц отмечались истероидные черты в виде криков, угроз, карикатурной мимики, плаксивости в случаях мощного противостояния их поступкам. Бурные эмоциональные расстройства отличались кратковременностью.

У лиц с истерическим расстройством личности (F60.4x) (8,0%) преобладала демонстративность, неестественность выражения эмоций, игра в разочарованного или духовно одаренного, исключительного человека, преувеличенное и охотное красочное описание своих эмоциональных переживаний, сопровождающееся бурной жестикуляцией и гримасами восторга или ужаса. Стремление завоевать внимание к своей персоне зачастую сопровождалось угрозами, нарочитой плаксивостью, демонстративным нанесением незначительных самоповреждений, порчей одежды и пр. Помимо этого, с достаточным постоянством проявлялись капризность, неустойчивость настроения, лживость, эгоцентризм.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7x) (0,7%) проявлялось стремлением переложить на других большую часть важных решений в своей жизни, подчинением своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям, нежеланием предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости. Для этих лиц были характерны безынициативность, недостаток энергии, апатия, нерешительность, неуверенность в себе, мимозоподобность, повышенная тревожность, которые наблюдались, начиная с раннего школьного возраста.

Такой же удельный вес (0,7%) был среди лиц с шизоидным расстройством личности (F60.1x), в клинике которой отмечались преимущественно эмоциональная холодность, со склонностью к сверхценным образованиям. Наиболее выраженными чертами характера для них являлись замкнутость, отгороженность от людей, стремление держаться на расстоянии, чопорность, эмоциональная сухость, порой жестокость. Наряду с замкнутостью в ряде

случаев обнаруживалась склонность к образованию сверхценных идей, вычурность поступков, чрезмерная уверенность в своей правоте и прочее.

Смешанные расстройства личности (F61.0) наблюдались у 5,8%. В данном случае имелись признаки нескольких расстройств, но без преобладания какой-либо симптоматики.

Невротические расстройства (F41.2; F43.1; F43.20; F43.21) были выявлены у 16 человек (3,5%). В клинической картине расстройств доминировали быстрая утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, потеря спокойствия и внутренней уравновешенности, повышенная раздражительность, плаксивость, сниженный фон настроения. Они были ранимы, крайне чувствительны к обидам, плохо переносили яркий свет и шум. На фоне указанных проявлений «нервной слабости», особенно при утомлении, возникали приступы гневных вспышек, которые обычно были непродолжительными. Отмечены нарушения сна, головная боль, колебания артериального давления, различные нарушения половой функции, которые из-за мнительности вызывали у них сильную тревогу и еще более ухудшали общее состояние.

Девиантное поведение (стойкое непослушание, агрессивность, скрытность, истерические и невротические реакции, лживость, мелкое воровство и прочее) фиксировалось в 14,1% случаев.

Делинквентное поведение (неуправляемость, немотивированные уходы из дома, бродяжничество, воровство, враждебность и агрессивность к братьям и сестрам, попрошайничество) нами обнаружено у 3,7%.

Антисоциальное поведение (обследуемые имеющие судимости) констатировалось у 2,6% респондентов. Подчеркивается, что при конфликтах, связанных с антисоциальным поведением, коэффициент летальности тем выше, чем более угроза уголовной ответственности и ее тяжесть [72].

На первый взгляд, удельный вес расстройств личности и особенностей поведения, например, у зависимых больных весьма скромный. Однако это объясняется процентным весом родственников (44,4%). При этом из 204-х родственников с суицидальным поведением было 57 человек, тогда как большая часть (147 человек) была без суицидального поведения. Вместе с тем, по данным характеристикам, о чем будет сказано в третьей главе, установлены достоверные отличия с преобладанием их в группах больных и родственников с суицидальным поведением. И, это несмотря на тот факт, что суицидентов было значительно меньше (37,3%), чем обследуемых без суицидального поведения (62,7%). Что является подтверждением тезиса о феноменологической специфичности суицидальной группы больных и родственников с созависимым поведением. Кстати, полученные результаты согласуются с данными других авторов. Так, удельный вес невротических расстройств у больных алкоголизмом с суицидальным поведением варьировал в

пределах от 2,1% до 3,2%, психопатии отмечены у 15,8% [73, 154], а у суицидентов вообще – 1,2% [94]. У больных опийной наркоманией с суицидальным поведением расстройства личности фиксировались в 16,7% случаях, при этом истерическое расстройство личности было у 8,1% [122].

К моменту исследования социальный статус больных и их родственников с созависимым поведением был следующим (таблица 5).

Таблица 5

Структура семьи у аддиктов и родственников

структура семьи	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
полная семья	69	62,2	55	53,9	19	43,2	77	75,5	89	87,3
неполная семья (матери)	21	18,9	22	21,6	14	31,2	22	21,6	13	12,7
неполная семья (мачехи)	4	3,6	25	24,5	11	25,0	3	2,9	0	0,0
неполная семья (отцы)	10	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
восп. др. родственниками	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
восп. в детском доме	4	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Примечание. Восп. др. – воспитание другими родственниками; восп. – воспитание.

В полных семьях воспитывалось подавляющее большинство человек (67,0%). Приводятся более высокие значения (74,9-77,8%) по воспитанию аддиктивных суицидентов в полных семьях [63, 122] и меньшие значения (53,4%) у суицидентов без аддиктивной патологии [94]. Воспитание детей в неполных семьях во всех группах преимущественно осуществлялось матерями (19,9%) что, зачастую негативно сказывается на многих личностных, эмоциональных, поведенческих, адаптационных и других особенностях детей, представляющих во многих случаях «группу риска» [63]. Далее следовали неполные семьи (воспитанием занимались мачехи) – 9,3%, неполные семьи (воспитанием занимались отцы) – 2,7%. Обследуемые, которые воспитывались другими родственниками, составили 0,7%, а респонденты из детского дома – 0,9%.

Существенное значение в формировании аддиктивного расстройства, созависимости и суицидального поведения имели типы воспитания. Были выявлены патогенные типы воспитания: гиперпротекция, гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, неустойчивый стиль воспитания, воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности, воспитание по типу «кумир» семьи (таблица 6).

Из материалов таблицы явствует, что удельный вес патогенных типов воспитания во всех группах испытуемых был весьма высокий (93,3%).

Воспитание по типу «гиперпротекция» (21,3%) характеризовалось постоянным контролем над любыми проявлениями поведения обследуемых. Не допускались позиции в отстаивании собственного мнения. Самостоятельные поступки респондентов контролировались родителями.

Гипопротекция (32,9%) чаще исходила от отца. Отцы не уделяли внимания к своим детям, пренебрегали потребностями обследуемых. Дети также

Таблица 6

Типы воспитания в семьях больных с аддиктивными расстройствами и родственников

типы воспитания	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
гиперпротекция	37	33,3	7	6,9	11	25,0	5	4,9	38	37,3
гипопротекция	23	20,7	27	26,5	11	25,0	71	69,6	20	19,6
эмоциональное отвержение	0	0,0	0	0,0	6	13,6	0	0,0	3	2,9
жестокое обращение	8	7,2	6	5,9	0	0,0	0	0,0	4	3,9
неустойчивый стиль	22	19,8	23	22,5	6	13,6	3	2,9	8	7,8
возл. пов. моральн. отв-ти	8	7,2	6	5,8	3	6,8	9	8,8	6	5,8
«кумир» семьи	11	9,9	24	23,5	6	13,6	6	5,8	12	11,7
всего	109	98,1	93	91,1	43	97,7	94	92,1	91	89,2

Примечание. Возл. пов. моральн. отв-ти – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности.

вели себя своевольно, семью воспринимали как источник удовлетворения желаний. Главное, на что обращали респонденты – на недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к их делам, волнениям, увлечениям.

Эмоциональное отвержение (1,9%) характеризовалось тем, что обследуемые постоянно ощущали, что ими тяготятся родители, что они - обуза в жизни родителей, что без них им было бы лучше, свободнее и привольнее.

Жестокое обращение (3,9%) проявлялось вербальной (оскорбления, унижения) и физической (избиения, побои) агрессией за мелкие проступки. При этом данный характер отношений нередко распространялся на других членов семьи. Кроме того, наблюдалось безразличное отношение к проблемам опрашиваемых, пренебрежение к их интересам и тревогам.

При неустойчивом стиле воспитания (13,4%) выявлялась смена отношений с переходами от строгости к потворству или от значительного внимания к эмоциональной отверженности.

Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности (6,9%) чаще отражалась на дочерях. При этом подходе требования к детям были высоки. Этим обстоятельством их родители оправдывали применяемый строгий контроль.

Воспитание по типу «кумир семьи» (12,8%) проявлялось отсутствием в воспитательных стратегиях запретов, исполнялись все прихоти и капризы испытуемых.

Процесс воспитания тесно переплетается с характером взаимоотношений в семье. Нами анализировались несколько стилей взаимоотношений, а именно: «родитель-родитель», «ребенок (больной, созависимая)-родитель» и

отношения в собственных семьях больных и в семьях родственников (таблица 7).

Таблица 7

Характеристика взаимоотношений в родительских и собственных семьях больных с аддитивными расстройствами и лиц с созависимым поведением

характеристика	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Отношения между родителями обследуемых</i>										
нормальные	21	18,9	16	15,7	21	47,7	21	20,6	57	55,9
у- конфликтные	75	67,5	30	29,4	18	40,9	69	67,6	37	36,3
р-конфликтные	15	13,5	56	54,9	5	11,4	12	11,8	8	7,8
<i>Отношения «ребенок (больной, созависимая)-родитель»</i>										
нормальные	44	39,6	7	6,9	21	47,7	65	63,7	42	41,2
у- конфликтные	47	42,3	61	59,8	20	45,5	22	21,6	54	52,9
р-конфликтные	20	18,0	34	33,3	3	6,8	15	14,7	6	5,8
<i>Отношения в собственных семьях больных и лиц с созависимым поведением</i>										
нормальные	21	18,9	10	9,8	9	20,5	50	49,0	38	37,3
у- конфликтные	17	15,3	27	23,5	17	20,5	8	7,8	49	48,0
р-конфликтные	41	36,9	24	26,4	9	38,6	17	16,7	6	5,8

Примечание. У-конфликтные – умеренно конфликтные; р-конфликтные – резко конфликтные.

Между родителями больных и родственников нормальные отношения составили 29,5%. Следует отметить, что динамика этих взаимоотношений в связи с болезнью детей далеко не всегда была негативной. Как показали наши исследования этого вопроса, семейная беда (болезнь ребенка, его деструктивное поведение) нередко объединяла родителей не только в противостоянии этому неожиданному горю, но и делала их отношения более человечными. Особенно это проявлялось при актуализации у зависимых больных и родственников с суицидальным поведением. В случаях стабилизации терапевтических ремиссий у больных, родители, как правило, продолжали объединять свои совместные усилия в направлении ресоциализации детей и тем самым нередко достигали определенной стабилизации пошатнувшихся межличностных отношений. Думается, что эти отношения в большей степени выраженности формальные, так как они являлись ситуационно обусловленные. Об этом свидетельствуют показатели по умеренно конфликтным и резко конфликтным отношениям между родителями обследуемых, которые в совокупности составляли 70,5%.

Несколько иная картина отношений была между обследуемыми и их родителями. Так, например, нормальные отношения встречались в 44,7% случаях, а умеренно конфликтные отношения – 44,3%, то есть, получены идентичные результаты. Резко конфликтные отношения обнаружены в 11,1% семей. Однако конфликтные отношения отмечались у подавляющего большинства – 55,4%.

В собственных семьях нормальные отношения отмечались у 27,8%, что в 2,3 раза меньше по сравнению с родительскими семьями.

Умеренно конфликтные отношения выявлены у 29,1% семей, тогда как резко конфликтные взаимоотношения наблюдались в 17,6% случаях. Другими словами, по совокупности умеренно и резко конфликтные отношения в собственных семьях больных и лиц с созависимым поведением регистрировались чаще, чем в родительских семьях больных и родственников – 46,7% и 39,6%.

Семье отводится важная роль в профилактике аддиктивного и суицидального поведения [24, 34, 40, 67, 121, 152, 181, 187]. Поэтому обязательным компонентом было исследование семейного положения обследуемых (таблица 8).

Таблица 8

Семейное положение больных с аддиктивными расстройствами, матерей и жен

семейное положение	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
холост/незамужем	13	11,7	41	40,2	4	9,0	0	0,0	0	0,0
женат	46	41,4	21	20,5	27	61,4	0	0,0	0	0,0
замужем	17	15,3	22	21,6	0	0,0	75	73,5	93	91,2
сожительство	16	14,4	18	17,6	8	18,2	0	0,0	0	0,0
развод	19	17,1	11	10,8	5	11,4	20	19,6	0	0,0
вдовство	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,9	9	8,8
первый брак	48	43,2	38	37,2	27	100,0	72	70,5	85	83,3
повторный брак	15	13,5	5	4,9	0	0,0	3	2,9	8	7,8

Как видно из таблицы 8, не были женатыми и замужем 12,6% респондентов. Наибольшее количество таких испытуемых составили больные с химическими аддикциями, особенно больные опиатной наркоманией. В целом женатых было 20,4%. Замужем состояли 44,9% женщин. С одной стороны, у женщин выше мотивация по созданию семьи, с другой, – они преобладали в количественном соотношении над мужчинами. В гражданском браке состояли 9,1% и лишь зависимые больные. В разводе было 11,9% обследуемых. Предразводная ситуация и развод являются высокопрогностическими факторами суицидального риска [11, 94, 121]. Обращает на себя внимание тот факт, что в большинстве случаев потенциальными инициаторами развода выступили больные мужья. Вдовами являлись 16 матерей и жен аддиктов, что составляет 3,5%.

Большинство обследуемых состояли в единственном браке (58,6%). Однако в повторном браке их было 30,4%, что свидетельствует о выраженной дисфункциональности семей, где имеются зависимые больные.

Материальный уровень изучался как в родительских семьях, так и в собственных семьях больных и лиц с созависимым поведением (таблица 9).

Свое материальное положение как отличное оценили 13,4% родительских семей. Больше половины родительских семей (50,5%) были с хорошим материальным статусом.

Таблица 9

Материальный уровень в родительских и собственных семьях больных с аддиктивными расстройствами и лиц с созависимым поведением

значения	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Материальное положение в родительских семьях</i>										
отличное	7	6,3	12	11,7	6	13,6	30	29,4	7	6,9
хорошее	59	53,2	62	60,7	17	38,6	38	37,3	57	55,9
удовлетворительное	41	36,9	24	23,5	15	34,0	22	21,6	34	33,3
неудовлетворительное	4	3,6	6	5,8	4	9,0	12	11,7	4	3,9
<i>Материальное положение в собственных семьях обследуемых</i>										
отличное	5	4,5	12	11,7	5	11,4	30	29,4	4	3,9
хорошее	47	42,3	17	16,7	6	13,6	31	30,4	61	59,8
удовлетворительное	19	17,1	24	23,5	19	43,2	10	9,8	12	11,8
неудовлетворительное	8	7,2	8	7,8	5	11,4	4	3,9	16	15,7

Возможно, это объясняется условиями проведения стационарного и амбулаторного лечения. Большая часть пациентов и созависимых лиц (58,1%) проходили лечение в наркологическом центре АГМА, где терапия осуществлялась только на платной основе. Среди родителей также были предприниматели, работники банков и других коммерческих структур. Однако высокий удельный вес (29,5%) семей были с удовлетворительным положением. Неудовлетворительный статус отмечался у 6,5% родительских семей.

У аддиктов и родственников с созависимым поведением отличное материальное положение констатировалось у 12,1%. В 35,1% случаях отмечено хорошее положение. Вероятно, это связано с изменениями в последние годы в социальном статусе наркологических больных [58] и родственников с созависимым поведением с тенденцией к сдвигу в формально благополучные слои населения.

Что касается образовательного статуса, то в целом он был достаточно высоким, так как в совокупности лиц с высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием было 78,8% (таблиц 10).

Таблица 10

Образовательный уровень больных с аддиктивными расстройствами и родственников

образование	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44		IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
высшее	24	21,6	27	26,4	11	25,0	16	15,7	12	11,8
незаконченное высшее	11	9,9	12	11,7	9	20,5	6	5,8	37	36,3
среднее специальное	57	51,4	42	41,2	14	31,8	44	43,1	42	41,2
среднее	12	10,8	16	15,7	6	13,6	30	29,4	8	7,8
неполное среднее	7	6,3	5	4,9	4	9,0	6	5,8	3	2,9

Данный факт объясняется нами доступностью получения образования и, соответственно стремлением родителей больных и родственников воспользоваться сложившейся ситуацией на образовательном рынке услуг. Так, например, в городе Астрахани до распада СССР функционировало три высших учебных заведения, в настоящее время их более 20. При этом имеется возможность получить среднее специальное или высшее профессиональное образование на коммерческой основе. Косвенным подтверждением служат современные данные по образовательному статусу, приводимые другими отечественными авторами. Высокий образовательный уровень (среднее специальное, незаконченное высшее, высшее образование) у зависимых больных и родственников колеблется в пределах от 30,7 до 93,8% [30, 35, 61, 63, 100], а у аддиктивных суицидентов - от 46,4 до 69,2% [122, 154, 172].

Лиц с высшим образованием было 19,5%, с незаконченным высшим образованием – 16,2%. Наибольшее количество респондентов было со средним специальным образованием - 199 человек (69,7%). Завершили образование на уровне среднего 15,6%, на уровне девятилетнего - 5,4%. С одной стороны, высокий уровень образования способствует более успешной социальной адаптации. С другой стороны, лица занятые умственными видами труда, при развитии психического расстройства имеют высокий уровень снижения квалификации. Однако они обладают определенным резервом, благодаря возможности работать на сниженном уровне [126].

Аддиктивные расстройства и феномен созависимости имеют свои особенности, поэтому их описание различается по своей сути. Аддиктивные расстройства, в силу их большей изученности представлены значительно шире, чем феномен созависимости. Важным представляется отметить, что в данной главе представлены обобщенные клинические характеристики аддиктивных расстройств и клиники психических нарушений у родственников. При описании клиники аддиктивных расстройств у больных и психических нарушений у родственников с созависимым поведением мы придерживались традиционных подходов [6, 25, 30, 56, 63, 77, 97, 117, 124, 144, 145, 146, 149, 168, 179, 181]. В четвертой главе даны более подробные особенности аддикций и созависимости с суицидальным поведением.

Распределение больных по возрасту начала употребления алкоголя (больные алкоголизмом), опия (больные опиатной наркоманией) и вовлечения в азартные игры (больные игровой зависимостью) было следующим (таблица 11).

Из таблицы 11 явствует, что приобщение к аддиктивному агенту больных алкоголизмом и особенно больных опиатной наркоманией, происходит значительно раньше, чем у больных с зависимостью от азартных игр. Максимальное количество пациентов отмечается в возрасте 19 – 20 лет – 61 человек (23,7%). Хотя в группе больных опиатной наркоманией (II группа)

Таблица 11

Распределение больных с аддиктивными расстройствами по возрасту начала употребления ПАВ и вовлечения в азартные игры

возраст	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
13 - 14	5	4,5	17	16,6	0	0,0
15 - 16	23	20,7	22	21,6	9	20,5
17 - 18	24	21,6	25	24,5	7	15,9
19 - 20	27	24,3	19	18,6	15	34,0
21 - 22	17	15,3	15	14,7	4	9,0
23 - 24	13	11,7	4	3,9	2	4,5
25-26	2	1,8	0	0,0	3	6,8
27-28	0	0,0	0	0,0	2	4,5
29-30	0	0,0	0	0,0	2	4,5

приобщение к наркотику выявлено в возрастном интервале 17-18 лет. Преобладание больных с зависимостью от азартных игр в возрасте 19 – 20 лет согласуется с данными других авторов, считающих, что именно в этом возрасте часто происходят первые пробы азартной игры и формирование зависимости [112]. Пики покушений на самоубийство больных алкоголизмом распространяются на возрастные периоды 21 – 30 и 50 – 55 лет [170].

У больных опиатной наркоманией и с зависимостью от азартных игр определена частота употребления других ПАВ. Употребление было эпизодическим, кратковременным и не достигало стадии зависимости (табл. 12).

Таблица 12

Частота употребления других ПАВ у больных наркоманией и игроманией

вещество	II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%
алкоголь	13	12,7	19	43,2
суррогаты алкоголя	5	4,9	0	0,0
гашиш	33	32,4	3	6,8
токсические вещества	10	9,8	6	13,6
всего	61	59,8	28	63,6

О том, что «традиционное» употребление, так называемых «легких» наркотиков на донозологическом этапе у больных опиатной наркоманией, общеизвестный факт [35, 63, 78]. Больные с зависимостью от азартных игр чаще употребляли пиво, что объясняется не только особенностями пубертатного возраста, но и влиянием агрессивной рекламы алкоголя, в которой образ модного, продвинутого человека сочетается с употреблением пива.

Мы солидарны с мнением Т.Н. Дудко [65] о том, что у больных формирование мотивов как побудителей действия начинается с многолетнего мотивационного процесса, актуализирующего на донозологическом этапе имеющиеся личностные психологические образования, обеспечивают удов-

летворение базовых потребностей. Поэтому исследование мотивов и мотивации у них является целесообразным и актуальным (табл. 13).

Таблица 13

Мотивы первого употребления ПАВ и вовлечения в азартные игры

МОТИВЫ	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
любопытство	44	39,6	18	17,6	0	0,0
заинтересованность	0	0,0	0	0,0	16	36,3
общение с аддиктами	18	16,2	24	23,5	11	25,0
антисоциальные компании	19	17,1	24	23,5	0	0,0
«убить время»	8	7,2	12	11,8	0	0,0
неудовлетворенность жизнью	22	19,8	24	23,5	0	0,0
лично-семейные конфликты	0	0,0	0	0,0	6	13,6
быстро заработать	0	0,0	0	0,0	6	13,6
«бегство от проблем»	0	0,0	0	0,0	5	11,3

Мотив «любопытство» фиксировался у 24,1%, мотив «заинтересованность» у 6,2%. На первый взгляд эти два мотива являются одинаковыми. Однако имеются некоторые различия. У наркологических больных отмечалось желание испытать «необыкновенное» состояние эйфории. Заинтересованность у больных с зависимостью от игр проявлялась в проверке своих интеллектуальных способностей с последующим получением вознаграждения.

Существенное значение в первых пробах ПАВ и в азартных играх играло общение с зависимыми больными (20,6%) и общение с лицами из антисоциальных компаний (16,7%). Следует отметить, что для наркологических больных данные мотивы оказывали влияние в равной степени. Для 7,8% больных употребление ПАВ и участие в азартных играх осуществлялось с целью структурирования личного времени. Можно предположить, что воспитание по типу гипопротекции или безнадзорности обуславливало группирование подростков для такого непродуктивного времяпрепровождения. Обращает внимание мотив «неудовлетворенность жизнью» (17,9%), который констатировался у больных первой и второй групп. Химически зависимые воспринимали свою жизнь скучной, однообразной, лишенной какого-либо смысла и употребление ПАВ позволяло «смотреть» на жизнь несколько иначе, «веселее». Эмоциональная напряженность явилась мотивом обращения к азартным играм для больных лудоманией, то есть для 2,3% пациентов от общего количества больных. Такое же количество пациентов приняли участие в играх с целью «сорвать большой куш», одновременно решить многие проблемы. На некоторое время отключиться от проблем с помощью игры решили 1,9% от общего числа или 11,3% больных внутри группы. В игре они получали то желаемое психологическое состояние.

Аддиктивный процесс включает в себя закономерный переход от эпизодического приема ПАВ, участия в азартных играх в систематический этап

с формированием абстинентного синдрома (таблица 14).

Таблица 14

**Длительность злоупотребления ПАВ и азартными играми
до формирования абстинентного синдрома**

длительность	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 30-ти дней	0	0,0	25	24,5	0	0,0
31 – 90 дней	0	0,0	22	21,6	0	0,0
91 – 120 дней	0	0,0	51	45,9	0	0,0
121 – 180 дней	0	0,0	4	3,6	0	0,0
6 месяцев	0	0,0	0	0,0	13	29,5
1 год	4	3,6	0	0,0	27	61,3
1,5 года	0	0,0	0	0,0	4	9,0
1 – 3 года	33	29,7	0	0,0	0	0,0
4 – 6 лет	44	39,6	0	0,0	0	0,0
7 – 9 лет	29	26,1	0	0,0	0	0,0
10 лет и более	1	0,9	0	0,0	0	0,0

Кратчайшие сроки формирования синдрома зависимости встречались у больных наркоманией, далее у больных лудоманией и алкоголизмом.

Следующим этапом было определение длительности наркологической патологии (табл. 15).

Таблица 15

Продолжительность аддиктивного расстройства

длительность	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 год	0	0,0	4	3,6	0	0,0
2 года	0	0,0	6	5,9	2	4,5
3 года	0	0,0	9	8,2	5	11,3
4 года	0	0,0	13	12,7	5	11,3
5 лет	9	8,2	21	20,5	8	18,2
6 лет	6	5,4	17	16,7	7	15,9
7 лет	7	6,3	13	12,7	5	11,3
8 лет	7	6,3	8	7,9	3	6,8
9 лет	7	6,3	11	10,8	1	2,2
10 лет	5	4,5	0	0,0	3	6,8
11 лет	6	5,4	0	0,0	2	4,5
12 лет	6	5,4	0	0,0	3	6,8
13 лет	6	5,4	0	0,0	0	0,0
14 лет	11	9,9	0	0,0	0	0,0
15 лет	6	5,4	0	0,0	0	0,0
16 лет	8	7,2	0	0,0	0	0,0
17 лет	8	7,2	0	0,0	0	0,0
18 лет	5	4,5	0	0,0	0	0,0
19 лет	1	0,9	0	0,0	0	0,0
20 лет	3	2,7	0	0,0	0	0,0
21 лет	3	2,7	0	0,0	0	0,0
22 года	2	1,8	0	0,0	0	0,0
23 года	4	3,6	0	0,0	0	0,0
24 года	1	0,9	0	0,0	0	0,0

Из таблицы 15 следует, что продолжительность заболевания у больных превышала пять лет (14,8%). При продолжительности заболевания от одного года до четырех лет удельный вес был 17,1%, а от 6-ти до 10-ти лет – 38,9%.

У всех больных констатировался синдром отмены, степень тяжести которого зависела от глубины преобладающих расстройств и длительности их проявлений. Клиническая квалификация степени тяжести абстинентного синдрома у больных алкоголизмом и опиатной наркоманией проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. О.Ж. Бузик [30] предложил свою классификацию и критерии оценки степени тяжести синдрома отмены у больных игровой зависимостью, которая была использована в нашем исследовании (таблица 16).

Таблица 16

Распределение больных по степени тяжести абстинентного синдрома

степень тяжести	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
легкая	10	9,0	13	12,7	12	27,2
средняя	83	74,7	62	60,8	27	61,3
тяжелая	18	16,2	27	26,4	5	11,3

У подавляющего большинства пациентов наблюдалась средняя стадия абстинентного синдрома (66,9%). Однако удельный вес больных с тяжелой степенью синдрома отмены был достаточно высокий (19,5%).

Постабстинентные расстройства были непосредственно связаны с тяжестью синдрома зависимости и абстинентным синдромом. У наблюдаемых нами больных они проявлялись в виде различной степени выраженности синдрома влечения к ПАВ, игре, депрессиями, дисфориями, тревогой, диссомническими, поведенческими, астеническими (неврозоподобными) и вегетосоматическими нарушениями. Всей этой симптоматике было присуще волнообразное течение. Прослеживалась четкая связь колебаний настроения и поведения с индивидуальным ритмом злоупотребления ПАВ, азартной игрой, то есть с обострением компонентов синдрома патологического влечения. В этих состояниях возникали различные девиации, в том числе и суицидальное поведение.

Структура психических расстройств в различные периоды аддиктивного заболевания (абстинентный синдром, ремиссия) представлена в табл. 17.

В таблице 17 отражено превалирование астено-депрессивной симптоматики как в структуре синдрома отмены (36,6%), так и в ремиссии (42,8%). Наблюдалась и выраженность тревожно-депрессивного синдрома при синдроме отмены (29,6%). Однако в ремиссии он выявлялся реже (15,6%), так как после астено-депрессивного синдрома следовал тревожно - ипохондрический симптомокомплекс (22,9%), хотя этот синдром в абстинентном синдроме обнаружен лишь у 9,7%. Далее распределились в структуре синдрома отмены и ремиссии дисфорический синдром – 17,5% и 11,6%

Таблица 17

Структура психических нарушений в различные периоды аддиктивной патологии

синдромы	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Психические нарушения в структуре абстинентного синдрома</i>						
астено-депрессивный	41	36,9	37	36,2	16	36,6
тревожно-депрессивный	53	47,7	0	0,0	23	52,3
тревожно-ипохондрический	0	0,0	25	24,5	0	0,0
эксплозивный	17	15,3	0	0,0	0	0,0
дисфорический	0	0,0	40	39,2	5	11,3
<i>Психические нарушения в ремиссии</i>						
астено-депрессивный	53	47,7	43	42,2	14	31,8
тревожно-депрессивный	41	36,9	0	0,0	0	0,0
тревожно-ипохондрический	0	0,0	37	36,2	22	50,0
эксплозивный	17	15,3	0	0,0	0	0,0
дисфорический	0	0,0	22	21,6	8	18,2

и эксплозивный синдром – по 6,6%.

Оценка патологического влечения к ПАВ, к азартным играм предполагает необходимость учитывать такие компоненты влечения как идеаторный, поведенческий, аффективный, сенсорный и вегетативный в их динамическом развитии и во взаимосвязи с фазами заболевания. Поскольку наше исследование было посвящено суицидальному поведению, то нас, прежде всего, интересовали особенности синдрома патологического влечения у аддиктов с суицидальными проявлениями (таблица 18).

Таблица 18

Структура компонентов синдрома патологического влечения у зависимых больных

компоненты	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
аффективный	33	29,7	23	22,5	12	27,2
идеаторный	105	94,6	70	68,6	20	45,4
вегетативный	38	34,2	52	49,0	11	25,0
поведенческий	95	85,6	67	65,7	34	77,2

Квантификация компонентов проводилась в соответствии с оценочными глоссариями, предложенными отечественными авторами [7, 30, 35]. Безусловно, деление пациентов по доминированию у них какого-либо компонента, весьма условно, так как у одного и того же пациента нередко наблюдалось сочетание нескольких компонентов.

Влечение к ПАВ, игре у всех больных было достаточно сформированным и интенсивным. Пациенты весьма эмоционально рассказывали о «желании достать алкоголь, наркотик», «заглушить сильную тягу к игре». Об этом свидетельствуют высокие значения по идеаторному (75,9%) и поведенческому (76,3%) компонентам. Напряженность патологического влечения иллюстрируют данные по вегетативному (39,2%) и аффективному (26,4%)

компонентам синдрома патологического влечения. Выявленные у больных опиатной наркоманией дополнительные компоненты также были существенно выражены.

По данным медицинской документации у больных фиксировались спонтанные, терапевтические и вынужденные ремиссии (таблица 19).

Таблица 19

Клиническая характеристика ремиссий у зависимых больных

виды ремиссий	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
спонтанные	40	36,0	16	15,7	9	20,5
терапевтические	41	36,9	51	50,0	25	56,8
вынужденные	30	27,0	35	34,3	10	22,7

Следует отметить, что, несмотря на высокие значения по ремиссиям, их продолжительность во всех группах больных не превышала пяти месяцев, что, несомненно, сказывается не только на качестве жизни больных, но и на суицидальной активности. Прослеживается четкая связь между сроком ремиссии и актуализацией суицидального поведения, а именно, чем короче период ремиссии, тем выше суицидальный риск.

Аддиктивная патология сопряжена с развитием коморбидной соматической патологией [63, 122, 156, 172, 181, 188]. Наши больные не были тому исключением (таблица 20).

Таблица 20

Структура соматических расстройств у зависимых больных

нозологии	I группа n=111		II группа n=102	
	абс.	%	абс.	%
гипертоническая болезнь	15	13,5	0	0,0
ишемическая болезнь сердца	10	9,0	0	0,0
язвенная болезнь	11	9,9	0	0,0
туберкулез легких	4	3,6	21	20,6
панкреатит	18	16,2	0	0,0
гепатит	35	31,5	37	36,3
сифилис	0	0,0	18	17,6
всего	93	83,7	76	74,5

Соматическая патология наблюдалась у представителей первой и второй групп. Установлено, что у больных алкоголизмом удельный вес соматических расстройств был значительно выше. В то же самое время удельный вес социально опасных болезней (туберкулез легких, вирусный гепатит В, С, сифилис) превалировал в группе больных опиатной наркоманией.

В динамике аддиктивных расстройств (алкоголизм, опиатная наркомания, зависимость от азартных игр) формируются и развиваются личностные изменения, нарастает интенсивность социально-психологической дезадаптации (таблица 21).

Таблица 21

Структура личностных изменений у зависимых больных

показатели	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
эгоцентризм	8	7,2	44	43,1	7	15,9
лживость	57	51,4	18	17,6	7	15,9
циничность	23	20,7	17	16,7	10	22,7
вспыльчивость	22	19,8	18	17,6	14	31,8
жестокость	13	11,7	23	22,5	0	0,0
агрессивность	12	10,8	22	21,6	10	22,7
скандалность	19	17,1	5	4,9	3	6,8
распущенность	11	9,9	16	15,7	7	15,9
хулиганство	18	16,2	12	11,8	8	18,2
своевольность	11	9,9	21	20,5	7	15,9
тщеславие	3	2,7	29	28,4	2	4,5
позерство	10	9,0	24	23,5	0	0,0
ветреность	15	13,5	27	26,4	0	0,0
безразличие	23	20,7	35	34,3	13	29,5

Признаки социально-психологической дезадаптации у больных алкоголизмом (I группа), опиатной наркоманией (II группа) и у больных с зависимостью от азартных игр (III группа) отражены в таблице 22.

Таблица 22

Признаки социально-психологической дезадаптации у зависимых больных

показатели	I группа n=111		II группа n=102		III группа n=44	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
неряшливость	56	50,5	40	39,2	0	0,0
паразитизм	16	14,4	33	32,3	11	25,0
воровство	22	19,8	26	25,5	9	20,5
безответственность	35	31,5	42	41,2	6	13,6
вымогательство	12	10,8	19	18,6	4	9,0
притуп. род. долга	36	32,4	12	11,8	10	22,7
притуп. пр. долга	23	20,7	18	17,6	9	20,5

Примечание. Притуп. род. долга - притупление чувства родительского долга; притуп. пр. долга - притупление чувства профессионального долга

У родственников (матерей и жен) аддиктов фиксировались психические расстройства, совокупность которых позволила нам выделить следующие синдромы (таблица 23).

Таблица 23

Структура психических расстройств у родственников с созависимым поведением

синдромы	IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%
депрессивный	17	16,7	52	50,9
истерический	44	43,1	18	17,6
эксплозивный	41	40,2	0	0,0
дисфорический	0	0,0	32	31,4

Как видно из таблицы 23, преобладающим был депрессивный синдром, он встречался у 69 человек, что составляет 33,8%, чуть реже – истерический синдром – 30,4%. У матерей отмечался эксплозивный синдром, тогда как у жен – дисфорический.

Психотравмирующая ситуация, в которой пребывали женщины, являлась провоцирующим фактором соматических расстройств (таблица 24).

Таблица 24

Структура соматических расстройств у родственников с созависимым поведением

нозологии	IV группа n=102		V группа n=102	
	абс.	%	абс.	%
гипертоническая болезнь	17	16,7	23	22,5
ишемическая болезнь сердца	8	7,8	12	11,8
язвенная болезнь	6	5,9	0	0,0
мигрень	6	5,9	18	17,6
нейродермит	6	5,9	6	5,9
вегетососудистая дистония	0	0,0	16	15,7
всего	43	42,2	75	73,5

Усугублению данного положения способствует характерный для матерей и жен жертвенный стиль поведения. Другими словами, проявляя повышенную заботу за зависимым больным, женщины переставали следить за собой, пренебрегали своими биологическими потребностями.

Что касается психопатологических и клинико-динамических особенностей суицидального поведения у зависимых больных и их родственников, то этим аспектам посвящена пятая глава. Следует акцентировать внимание на том факте, что больные и родственники, участвовавшие в исследовании, совершали суицидальные попытки ранее. Поэтому психопатологический анализ суицидального поведения проводился с помощью ретроспективного метода. Неотложная помощь суицидентам проводилась в токсикологическом центре при самоотравлениях, в реанимационных, хирургических и наркологических отделений городских больниц – при самопорезах, самоудушениях и падениях с высоты, а также в НУНЛЦ. По мере купирования urgentных состояний, психиатром больницы проводился краткосрочный курс (5-7 дней) психофармакотерапии с целью нормализации психического статуса обследуемых. Назначались нейролептики (галоперидол, аминазин), антидепрессанты (амитриптилин – 150-250 мг/сут, анафранил – 100-150 мг/сут); транквилизаторы (диазепам – 15-30 мг/сут, нозепам – 20-40 мг/сут, грандаксин – 150 мг/сут); ноотропы и общеукрепляющая терапия (витамины). После выписки из стационара суицидентам были даны рекомендации по дальнейшему наблюдению у психиатра или психиатра-нарколога.

Для решения поставленных в настоящем исследовании задач проведен комплекс исследований, включающий в себя следующие методы: 1) клинико-психопатологический, состоящий из терапевтического обследования и

анонимного анкетирования больных и их родственников; 2) клинико-психологический; 3) катamnестический и 4) статистический.

Клинические методы

Клинический метод базировался на личной беседе с каждым участником исследования, со сбором анамнестических сведений по общепринятой в психиатрии схеме опроса, включая психопатологическое обследование. Клинико-психопатологическое исследование психического состояния больных с аддиктивными расстройствами и их родственников позволило оценить динамические особенности наблюдаемых психопатологических феноменов. В ходе беседы акцентировалось внимание на манеру общения, жесты, мимику, пантомимику, особенности речи, что косвенно позволяло о степени личностной деформации. Лица, совершившие суицидальные попытки демонстрировали следы аутоотравматизации. При осмотре отмечалось наличие физических дефектов и повреждений, выяснялось их происхождение.

Подробно рассматривались особенности дошкольного и школьного периода (увлеченность играми, общение со сверстниками, успеваемость в школе, интерес к занятиям, прилежание, уровень школьной адаптации или дизадаптации). Кроме того, анализировались особенности поведения в референтной группе, уровень образования. Уделялось внимание характерологическим и патохарактерологическим реакциям, частоте употребления психоактивных веществ, наличию девиантности, делинквентности и правонарушений.

Анамнестическую ретроспективу составляли с учетом выявленных особенностей детства испытуемого, его взаимоотношений с родителями, профессионального становления, супружеских взаимоотношений. Осознавая относительную точность сведений, сообщаемых обследуемыми всех групп и их родственниками, необходимо подчеркнуть, что это дополнительный способ получения информации об истории возникновения и развития суицидного намерения.

Часть лиц с созависимым поведением предоставила медицинскую документацию (амбулаторные карты), что давало возможность дополнить клиническое обследование результатами параклинических методов. Следует отметить, что у тех женщин, в амбулаторных картах которых были зафиксированы жалобы невротического регистра (раздражительность, тревожность, снижение настроения, нарушения сна, колебания артериального давления), специалистами рекомендовалось наблюдение у невролога. Со слов женщин, при обращении с аналогичными жалобами к психиатру-наркологу во время госпитализации своего ребенка, специалисты сообщали, что проблема созависимости находится вне компетенции их деятельности. Вместе с тем, женщины чаще сами выражали удивления, когда узнавали о болезненности состояния созависимости. А наличие пограничных психических расстройств

они связывали со стрессами, возникающих вне связи с совместным проживанием с зависимым больным.

С целью унификации полученных данных в работе использовалась карта обследования больных с аддиктивными расстройствами и родственников (Приложение). Карта состоит из двух частей (социо-демографическая и клиническая). Следует отметить, что за основу были взяты карта обследования для оценки уровня реабилитационного потенциала [63] и другие карты [25, 150]. Настоящая карта имеет ряд следующих преимуществ:

- может использоваться в амбулаторной и стационарной службах;
- значительно сокращается время на ее оформление (практически все пункты заполняются в виде подчеркиваний);
- может использоваться в диагностических целях (в карте отражена мультифакториальность возникновения аддиктивных расстройств и созависимости);
- включены пункты по суицидальному поведению (этиология, клиническая характеристика, способы реализации суицидального намерения);
- представлены психопатологические и клиничко-динамические части;
- позволяет отслеживать эффективность лечебно-реабилитационных программ;
- может использоваться при формировании и заполнении статистической и другой отчетности;
- значительно облегчает проведение масштабных научных исследований.

Как указывалось ранее, в первой части предлагаемой карты рассматриваются вопросы социо-демографического положения зависимого больного и родственника. Помимо паспортных данных, в карте имеются пункты, касающиеся наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями, отягощенностью соматической и травматической патологией. Известно, что они являются факторами риска как аддиктивных расстройств, так и суицидального поведения [15].

Без внимания не остались вопросы по преморбидному статусу. То есть в карту включены составляющие по аномалиям в преморбиде (девиантность, деликвентность, акцентуации, психопатии, невротические расстройства).

Из социальных характеристик интерес представляют следующие позиции: образование и трудовая деятельность обследуемого, наличие/отсутствие антисоциального поведения, судимостей, семейное положение, условия и форма воспитания в семье, характер взаимоотношений с родителями, с супругом (ой), с детьми, материальный уровень. Совершенно очевидно, что указанные аспекты тесно взаимосвязаны с активизацией аутоагрессивного поведения. Актуальность анализа семейного статуса зависимых больных и родственников обусловлена тем, что определенную роль в провокации суи-

цидов у пациента играют лица с созависимым поведением. Вместе с тем у последних, также наблюдаются суицидальные тенденции [24, 121, 187].

Что касается суицидального поведения, то в карте ему отведено значительное количество вопросов. Представлены способы (около 10-ти) суицидального поведения, его клиническая характеристика с описанием психопатологической симптоматики. Отражена динамика суицидального поведения, включающая в себя длительность и клинику пресуицидального синдрома, отношение к суицидальной попытке с периодом до шести месяцев. Рассмотрено множество причин возникновения суицидального поведения, а также психологический смысл аутоагрессии и количество суицидальных попыток.

Безусловно, в виду отсутствия методологии, сбор объективной информации по суицидам весьма затруднителен, отсутствуют единые классификационные критерии, психологическая интерпретация суицидальных действий преимущественно носит предположительный характер.

Следует отметить, что аддиктивная патология в практическом здравоохранении не расценивается как суицидоопасное состояние, поэтому неотложная помощь чаще, оказывается, по факту суицида. Снижение суицидологической настороженности психиатрами-наркологами объясняется следующими обстоятельствами. С одной стороны, суицидологическая тематика при аддиктивных расстройствах не включена в программу последипломной подготовки будущих специалистов, и, как правило, информация о суицидах в соответствующих руководствах упоминается лишь («одной строкой») в разделе медико-социальных последствий этих заболеваний. С другой стороны, в медицинской документации психиатрических и наркологических учреждений хорошо представлена паспортная часть, уделено внимание клинической части, в то время как суицидологическая часть вообще не предусмотрена.

Клиническая часть начинается с выяснения осведомленности больным о ПАВ и азартных играх (психофармакологическое действие, возможность развития зависимости, медико-социальные последствия). Кроме того, включены пункты по возрасту начала употребления психоактивных веществ и вовлечению в азартные игры. Наши исследования показали весьма широкий спектр проявлений родственников к аддиктивной ситуации в их семьях: от полного негативизма и нетерпимости до активного привлечения больных к употреблению алкоголя или наркотиков. Согласно данным Т.Н. Дудко [63] в большинстве случаев отношение родителей к своим больным детям на период обследования было постоянно заботливое – 323 семьи (53,8%). Безразличное и негативное (неприятное) отношение к больным детям было выявлено в 30,1% случаев. Безразличие в основном выражалось отсутствием желания помогать, ухаживать за больными или устраивать в наркологические учреждения.

Предлагается заполнение пунктов, отражающих клинические особенности аддиктивных расстройств. В частности, рассматриваются длительность абстинентного, постабстинентного синдромов, ремиссии, динамика личностных и соматических расстройств, перечень возможных признаков морально-этической деградации. В клинической части также есть вопросы по суицидальному поведению, а именно проявления суицидальной аутоагрессии в зависимости от периода аддиктивного расстройства.

Дополнительным преимуществом в карте можно считать наличие разделов, позволяющих строить прогноз заболевания и оценивать эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Например, с помощью карты могут быть получены сведения о социально-психологическом, семейном, профессиональном статусе больных в различные сроки полного воздержания от психоактивных веществ и участия в азартных играх.

Таким образом, внедрение новой карты обследования больных с аддиктивными расстройствами и их родственников в учреждения психиатрического и наркологического профиля позволит специалистам получить максимально подробную и объективную информацию о больном и родственнике, что, несомненно, важно для диагностики, разработки и реализации индивидуальных лечебно-реабилитационных программ. Принципиально новым и весьма необходимым считаем внесение в карту пунктов по суицидальному поведению. На наш взгляд, данная карта является комплексной и своевременной, а ее содержание не противоречит другой медицинской документации и стандартам, регламентирующим деятельность психиатра-нарколога.

Безусловно, интерпретация клинических феноменов должна проводиться весьма осторожно с опорой на результаты статистической обработки, так как указанные проявления у аддиктивных суицидентов будут несколько иными.

Диагностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10. Диагнозы ставились на основании жалоб, анамнестических сведений, объективного исследования. Производился тщательный опрос больного с выявлением жалоб соматоневрологического, психопатологического характера.

Наркологические больные поступали с диагнозами: «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10.2.4.2., F10.3) и «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов» (F11.4.2, F11.3). Углубленное исследование осуществлялось только по выходу из абстинентного синдрома, в среднем на 15-30 день после последнего употребления алкоголя, наркотика. Клинический статус больных на момент обследования был квалифицирован как постабстинентное состояние (F10.2.2.2. и F11.21, F11.3). Клинический статус

больных игровой зависимостью квалифицирован как «Зависимость от азартных игр» (F63.0).

Период заболевания выбран не случайно. Во-первых, уменьшалась возможность влияния на результаты исследования выраженных аффективных и других расстройств, свойственных синдрому отмены. Во-вторых, чаще всего именно на этом этапе формируются клинические предпосылки, определяющие длительность и стабильность ремиссии, с ним связаны возможные обострения патологического влечения с характерными поведенческими нарушениями: выраженная дисфоричность, ауто – и гетероагрессивность, негативное отношение к проводимому лечению. Все перечисленное обуславливает необходимость детального психопатологического анализа данного периода.

Клинико-психологический метод исследования использовался в виде беседы, направленной на сбор психологического анамнеза. При проведении индивидуальной беседы создавалась обстановка непринужденности, что позволяло респонденту свободно высказываться без каких-либо ограничений их тематики. Высказываемые респондентом жалобы, биографические данные и сведения о своих трудностях и реальной жизненной ситуации, не искаженными активным вмешательством, вопросами, провоцирующими стандартные ответы, являются основным источником данных, позволяющих оценить актуальную ситуацию.

Применялся метод клинико-психологического интервью. С помощью этого метода выявлялись мотивы первого употребления ПАВ, участия в азартных играх, мотивы совершения суицидальных попыток, определялся психологический климат в семье, оценивался уровень эмпатии, особенности поведения.

Продолжительность катамнестического наблюдения обследуемых была от одного до трех лет. В течение указанного периода анализировались психический и социальный статус обследуемых. Оценка эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий осуществлялась с помощью клинических и социальных критериев, которые подробно излагаются в шестой главе.

Методы статистического анализа

Условно статистический анализ может быть поделен на три части: анализ анамнестических данных, анализ клинических проявлений аддиктивных расстройств у больных и клиники психических нарушений у родственников, анализ показателей, измеренных в динамике (оценка эффективности программы).

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 -Пирсона. Критерий χ^2 -Пирсона позволяет сравнивать распределения частот вне зависимости от того, распределены они нор-

мально или нет. Данный критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, так как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений. Выбор критерия χ^2 -Пирсона предназначался необходимостью определения в проведенной работе соответствия (согласия или различия) эмпирического и теоретического распределения между собой, то есть возможностью оценить соответствие фактических данных предполагаемой гипотезе. Различия рассматривали как статистические значимые при $p < 0,05$.

Корреляционные взаимосвязи определялись методом коэффициента корреляции « ϕ ». Данный коэффициент не имеет стандартных таблиц для нахождения критических значений. Поэтому поиск критических значений осуществлялся с помощью t-критерия Стьюдента.

ГЛАВА 3. ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В предыдущей главе было указано, что обследуемые были поделены на пять групп, в которой информация по участникам исследования дана в обобщенном виде. В этой и в последующих главах для решения поставленных задач и методологически корректного построения исследования каждая из пяти групп была поделена на две группы, а именно: 1) больные алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и больные алкоголизмом без суицидального поведения (БА); 2) больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и больные опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН); 3) больные с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и больные с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ); 4) матери зависимых больных с суицидальным поведением (МС) и матери зависимых больных без суицидального поведения (МАБ); 5) жены зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и жены зависимых больных без суицидального поведения (ЖАБ). Для удобства изложения материала группы с суицидальным поведением имеют несколько названий: группа с суицидальным поведением, основная группа, первая группа, а группы без суицидального поведения – группа без суицидального поведения, группа сравнения, вторая группа. Деление обследуемых на группы по критерию наличия / отсутствия суицидального поведения является вполне целесообразным и оправданным.

Из 111-ти больных алкоголизмом в основную группу (первую) вошли 40 человек (36,0%), из них 18 лиц мужского пола (45,0%) и 22 женского пола (55,0%). Группу сравнения (вторую) составили 71 человек (63,9%), в том числе 58 мужчин (81,7%) и, соответственно 13 женщин (18,3%).

Из 102-х больных опиатной наркоманией основную (первую) группу составили 57 больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (55,8%), из них 37 мужчин (64,9%) и 20 женщин (35,1%). В группу сравнения (вторую) вошли 45 больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (44,1%), включая 27 мужчин (60,0%) и, соответственно 18 женщин (40,0%).

У пациентов с зависимостью от азартных игр (44 мужчины) основная (первая) группа была из 18 человек (40,9%), группа сравнения (вторая) из 26 человек (59,1%).

Обследовано 102 матери, где основная (первая) группа состояла из 28 человек (27,5%), а группа сравнения (вторая) - из 74 человек (72,5%).

Жен больных также было 102 человека: основная (первая) группа - 29 человек (28,4%); группа сравнения (вторая) - 73 человека (71,6%).

Необходимость изучения предикторов суицидальности и поиск путей устранения или ослабления степени их негативного влияния с целью профилактики различных проявлений суицидального поведения имеет первосте-

пенное значение для современной психиатрии и наркологии. К сожалению, до настоящего времени остается дискуссионным вопрос относительно предикторов суицидального поведения у пациентов и их родственников.

Предиктор – это любая характеристика, необязательно высоконаследуемая, по которой можно составить индивидуальный прогноз в отношении возникновения заболевания (в нашем случае – суицидального поведения) в будущем и может быть характеристикой, как индивида, так и среды [124].

Больные алкогольной зависимостью

По анамнестическим данным психопатологическая отягощенность шизофренией достоверно была выше у больных основной группы. Отягощенность шизофренией наблюдалась по линии отца (5,0% и 0,0%) (рисунок 1).

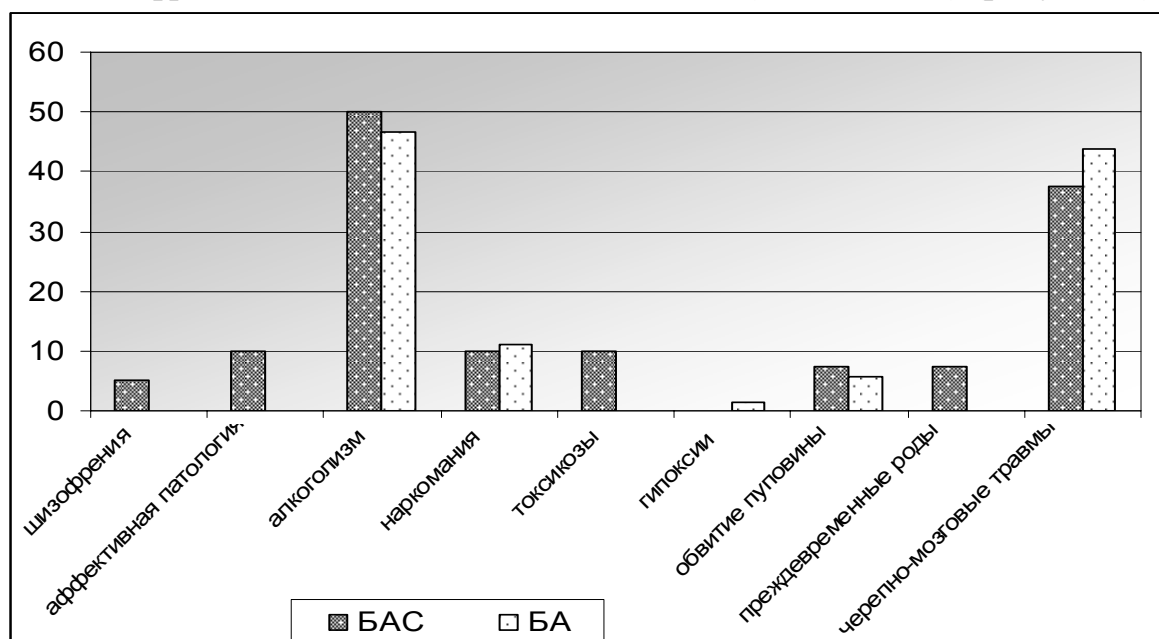


Рисунок 1. Биологические предикторы у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Весьма высокие различия были получены по наследственной отягощенности аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимии, депрессии). Она чаще фиксировалась в группе больных с суицидальным поведением также по линии отца (10,0% и 0,0%).

Что касается отягощенности алкоголизмом, то ее различия не достигали степени статистической достоверности между обеими группами (50,0% и 46,5%), хотя у пациентов в первой группе она была несколько выше.

Ожидаемых отличий по отягощенности наркоманиями также не было выявлено. Так, в основной группе она обнаружена у 10,0%, в группе сравнения – у 11,2%. Отягощенность наркоманиями в группе БАС наблюдалась по линиям отца и других родственников, в группе БА - по всем линиям родства: отца, матери, других родственников.

Анализировались факты наличия патологии беременности и родов у матерей больных алкогольной зависимостью. Показатель «токсикозы» пер-

вого триместра беременности у матерей больных первой группы значимо превышал таковой у матерей второй группы больных (10,0% и 0,0%). По показателям «гипоксия плода» – 0,0% и 1,4% и «обвитие пуповины» – 7,5% и 5,6% отличий в сравниваемых группах не обнаружено.

Достоверные различия обнаружены по показателю «преждевременные роды», который был выше у матерей пациентов основной группы (7,5% и 0,0%, соответственно).

Разницы по черепно-мозговым травмам в преморбидном периоде между сравниваемыми группами больных выявлено не было (37,5% и 43,7%).

Анализ анамнестических данных иллюстрирует наибольшую выраженность неблагополучия преморбидного биологического фона у больных алкоголизмом с суицидальным поведением. Можно предположить, что указанные патологические факторы у алкоголезависимых суицидентов, накапливаясь, обуславливают развитие комплекса соматопсихической неполноценности, тем самым, являясь патопластической «почвой» формирования психических и поведенческих расстройств, включая суицидальное поведение. Наследственная отягощенность шизофренией, аффективной патологией, патология беременности и родов являются, на наш взгляд, специфическими прогностическими признаками суицидального поведения у больных алкоголизмом. Несмотря на то, что по наследственной отягощенности алкоголизмом, наркоманиями и ЧМТ не выявлено отличий, тем не менее, мы относим их к дополнительным факторам риска суицидального поведения в виду их высокого удельного веса у больных алкоголизмом с суицидальным поведением.

Результаты статистической обработки по биологическим предикторам суицидального поведения отражены в таблице 25.

Таблица 25

Результаты данных по биологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
шизофрения (по линии отца)	9,294	0,002
аффективная патология (по линии отца)	4,391	0,03
алкоголизм	0,029	0,86
наркомания	1,129	0,29
токсикозы	7,365	0,007
гипоксия плода	0,568	0,45
преждевременные роды	5,473	0,02
обвитие пуповины	0,151	0,69
черепно-мозговые травмы	0,4	0,52

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

Весомую роль в генезе суицидального поведения играют акцентуации характера, расстройства личности, невротические расстройства, девиантное поведение, делинквентность (таблица 26).

Особенности личности и поведения у больных алкоголизмом

	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
<i>Акцентуации</i>				
гипертимная	0	0,0	3	4,2
циклоидная	4	10,0	2	2,8
астено-невротическая	0	0,0	3	4,2
сенситивная	3	7,5	1	1,4
психастеническая	0	0,0	7	9,9
истероидная	0	0,0	4	5,6
неустойчивая	2	5,0	8	11,3
всего	9	22,5	28	39,4
<i>Расстройства личности</i>				
эмоционально неустойчивое	5	12,5	5	7,0
зависимая личность	0	0,0	3	4,2
истерическое	5	12,5	0	0,0
смешанные	5	12,5	5	7,0
всего	15	37,5	13	18,2
<i>Невротические расстройства</i>				
всего	10	25,0	0	0,0
<i>Девиянтное поведение</i>				
всего	8	20,0	24	33,8
<i>Делинквентное поведение</i>				
всего	2	5,0	6	8,5
<i>Антисоциальное поведение</i>				
всего	0	0,0	1	1,4

В наших исследованиях у больных обнаружены следующие акцентуации: гипертимная, циклоидная астено-невротическая, сенситивная, психастеническая, истероидная и неустойчивая. Различия с преобладанием в группе БА обнаружены по гипертимной, астено-невротической, психастенической, истероидной типам акцентуаций. Это обстоятельство можно интерпретировать двояко. С одной стороны, это подтверждает распространенное мнение об отсутствии «алкогольной личности», равно как и «суицидальной». С другой стороны, достоверно меньшее количество акцентуаций в группе БАС свидетельствует о том, что акцентуации являются в большей степени предикторами алкоголизма.

Что касается психопатий, то среди всех нами установленных, достоверные отличия были получены по истерическому типу. Истерическое расстройство личности встречалось у больных алкоголизмом первой группы. Было определено, что больные с суицидальным поведением в процессе совладания с разными жизненными проблемами чаще демонстрировали неконструктивные формы поведения посредством выражения открытой агрессии на окружающих, предъявления повышенных требований. Процент лиц со смешанными расстройствами личности также был выше у больных алкоголизмом основной группы.

На наш взгляд, установленное статистическое превышение психопатий вообще, и определенных ее типов в частности, позволило отнести их к предикторам суицидального поведения у больных алкоголизмом.

Невротические расстройства фиксировались только в первой группе в 25,0% случаев. То есть невротические расстройства в преморбиде являются высокопрогностическим признаком в отношении возникновения суицидального поведения и отличительной чертой алкоголезависимых первой группы.

Среди особенностей поведения, таких как девиантность, делинквентность, антисоциальное поведение отличий не обнаружено. Вероятно, эти феномены являются как предикторами алкоголизма, так и суицидального поведения.

Выявлены особенности донозологического периода употребления респондентами спиртных напитков. Приобщение к алкоголю происходило в группе больных с суицидальным поведением в возрасте 13 лет и старше, в группе сравнения – в возрасте 15 лет и старше. Средний возраст приобщения к алкоголю в первой группе составил 16,9 лет, во второй группе – 18,2 года (таблица 27).

Таблица 27

Распределение больных по возрасту начала употребления алкоголя

возраст	I группа (БАС)		II группа (БА)	
	абс.	%	абс.	%
13 - 14	5	12,5	0	0,0
15 - 16	11	27,5	12	16,9
17 - 18	8	20,0	16	22,5
19 - 20	6	15,0	21	29,6
21 - 22	8	20,0	9	12,7
23 - 24	2	5,0	11	15,5
25	0	0,0	2	2,8
всего	40	100,0	71	100,0

Как видно, пациенты группы БАС достоверно чаще, чем больные группы БА раньше начали употреблять алкоголь. Учитывая тот факт, что раннее потребление алкоголя регистрируется в основном в возрасте 15 - 16 лет [92, 172, 223], то употребление алкоголя в возрасте 13 - 14 лет можно отнести к особенностям алкоголизма сочетающегося с суицидами.

Определены мотивы первого употребления алкоголя (таблица 28).

Обнаружены достоверные отличия по показателю «общение с наркологическими больными». Этот показатель был больше в группе больных с суицидальным поведением. Выше оговаривалось, что отягощенность алкоголизмом фиксировалась у 50,0% и 46,5% пациентов. В этой связи можно предположить, что для обеих групп больных формирование круга общения обуславливалось влиянием круга общения родителей. Однако зависимые с суицидальным поведением общались со злоупотребляющими алкоголем с

Мотивы употребления алкоголя

мотивы	I группа (БАС)		II группа (БА)	
	абс.	%	абс.	%
любопытство	12	30,0	32	45,1
общение с наркобольшими	10	25,0	8	11,3
антисоциальные компании	3	7,5	16	22,5
неудовлетворенность жизнью	12	30,0	10	14,1
«убить время»	3	7,5	5	7,0
всего	40	100,0	71	100,0

целью нейтрализации негативного психоэмоционального состояния. Во время общения и распития спиртных напитков с алкоголезависимыми наши пациенты чувствовали себя с ними наравными, повышалась самооценка и настроение.

Об этом же свидетельствуют данные по показателю «неудовлетворенность жизнью», который достоверно чаще встречался у больных с суицидальным поведением. Они употребляли алкоголь с целью купирования сниженного настроения, тревожности, повышения самооценки, чтобы «отключиться» от однообразной скучной действительности, от множества проблем.

Общение с лицами из антисоциальных компаний способствовало систематическому потреблению и формированию мотивов на потребление алкоголя для 7,5% больных группы БАС и для 22,5% больных группы БА.

Незначительная часть больных обеих групп не смогли четко определить причину начала употребления алкоголя. Чаще они сообщали, что было «ничего делать», хотели «убить время».

Выявлены особенности по продолжительности эпизодического приема алкоголя в сравниваемых группах. В группе больных с суицидальным поведением период эпизодического приема алкоголя был от 30 до 300 дней и составил в среднем 113 дней или 3,7 месяца, тогда как в группе сравнения данный период длился от 40 до 350 дней, что составило в среднем 157 дней или 5,2 месяца. Различия по продолжительности этапа эпизодического употребления алкоголя были достоверными. Необходимо подчеркнуть, что уже с первых приемов спиртных напитков больные с суицидальным поведением чаще, чем пациенты без суицидального поведения отмечали состояние психического комфорта, хорошую его переносимость и отсутствие постинтоксикационных явлений. То есть у больных алкоголизмом с суицидальным поведением наблюдается некоторое опережение становления алкогольной зависимости. А обнаруженные особенности донозологического периода являются подтверждением концепции выделения аддиктивных суицидентов в отдельную категорию больных.

Результаты обработки по некоторым социально-психологическим предикторам суицидального поведения отражены в таблице 29

Результаты данных по некоторым социально-психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Акцентуации</i>		
гипертимная	5,473	0,02
циклоидная	1,147	0,28
астено-невротическая	5,473	0,02
сенситивная	0,568	0,45
психастеническая	13,26	0,003
истероидная	7,365	0,007
неустойчивая	1,226	0,26
<i>Расстройства личности</i>		
эмоциональное неустойчивое	0,93	0,33
зависимая личность	5,473	0,02
истерическое	9,294	0,002
смешанные	0,93	0,33
<i>Невротические расстройства</i>		
	19,51	0,0001
<i>Девиянтное поведение</i>		
	2,375	0,12
<i>Делинквентное поведение</i>		
	0,455	0,49
<i>Антисоциальное поведение</i>		
	0,723	0,67
<i>Первое употребление алкоголя</i>		
возраст приобщения к алкоголю	9,294	0,002
<i>Мотивы употребления алкоголя</i>		
любопытство	2,428	0,11
общение с наркобольшими	3,551	0,05
антисоциальные компании	4,078	0,04
неудовлетворенность жизнью	4,078	0,04
«убить время»	0,008	0,92
<i>Продолжительность эпизодического приема алкоголя</i>		
эпизодическое употребление	3,615	0,05

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

Для подтверждения гипотезы «наследования аутоагрессии» проведен опрос родителей и других родственников (тети, дяди, двоюродные братья, сестры) на предмет наличия у них в анамнезе суицидального поведения (таблица 30). Настоящая гипотеза была подтверждена ранее, однако исследовались больные с одной патологией – опиатной наркоманией [21]. Следует отметить, что при сборе материала отцы пациентов значительно реже обращались за психологической и психотерапевтической помощью. Визиты к врачу в большинстве случаев ограничивались выяснением соматического и психического состояния больных. Отцы не проявляли активности и инициативности в настоящем исследовании, так как опасались огласки. Большинство из них полагали, что участие в исследовании, с одной стороны предполагает отнесение их к лицам с «ненормальной» психикой, с другой стороны,

Суицидальное поведение у родственников больных алкоголизмом

суицидальное поведение	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
<i>Матери (n=61)</i>				
суицидальные мысли	22	36,0	0	0,0
суицидальные попытки	17	27,8	0	0,0
<i>Отцы (n=37)</i>				
суицидальные мысли	6	16,2	0	0,0
суицидальные попытки	2	5,4	0	0,0
<i>Другие родственники (n=32)</i>				
суицидальные мысли	3	9,3	2	6,2
суицидальные попытки	0	0,0	0	0,0

проявлением слабости. В связи с этим из 63 человек, только 37 ответили на вопросы, касающиеся суицидального поведения. Безусловно, наличие суицидальных тенденций у родственников (как правило, по первой степени родства) больных алкогольной зависимостью является важным прогностическим признаком суицидальности именно у пациентов с суицидальным поведением. В то же время нельзя не согласиться с мнением А.Г. Амбрумовой [9], которая считает, что истинной суицидальной наследственности не существует, наследуется не склонность к суициду, а психическое заболевание или расстройство, обуславливающее в структуре своих психопатологических проявлений суицидальное поведение в определенных социально-психологических кондициях.

Немаловажным представляется анализ социальных предикторов суицидального поведения. В частности, нами изучались следующие показатели: структура семьи, стили воспитания, характер взаимоотношений и материальное положение семей.

Большинство обследованных обеих групп воспитывались в полных семьях. Однако чаще в родительских семьях больных с суицидальным поведением роль отца была минимизирована, а в некоторых случаях отцы вообще не принимали участия в воспитании детей. Кроме того, матери больных отмечали, что их мужья могли по несколько дней отсутствовать дома. Получены результаты по другим показателям состава семьи (таблица 31).

Таблица 31

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	20	50,0	49	69,0
неполная семья (матери)	16	40,0	5	7,0
неполная семья (отцы)	0	0,0	10	14,1
неполная семья (мачехи)	0	0,0	4	5,6
другие родственники	0	0,0	3	4,3
воспитание в детском доме	4	10,0	0	0,0
всего	40	100	71	100

В неполной семье (отсутствие отца) воспитывались 40,0% больных группы БАС. Значительно меньше в таких семьях воспитывались респонденты группы БА - 7,0%. Больные из первой группы сообщали, что в детстве испытывали неуверенность, свою неполноценность, чувство зависти и раздражительности к сверстникам из полных семей, у них часто снижалось настроение.

Воспитание респондентов в неполной семье (отцами) осуществлялось только в семьях больных без суицидальных тенденций.

Что касается семей, где воспитанием больных занимались мачехи, то они также наблюдались в семьях второй группы пациентов.

Воспитанием алкоголезависимых группы сравнения занимались другие родственники (тети, бабушки). Однако воспитание в учреждениях интернатного типа отмечено в группе больных с суицидальным поведением. Проживание детей в государственных учреждениях было сопряжено с психоэмоциональными нагрузками, связанных со сложностями в адаптации к требованиям учреждения. У этих детей обнаруживалась повышенная конфликтность с персоналом, со сверстниками. Они часто пропускали занятия, покидали самовольно интернат, занимались воровством. В процессе психотерапевтического консультирования пациенты вспоминали этот отрезок жизни как самый тяжелый, «неприятный». У них часто снижалось настроение, возникало чувство ненужности, ущербности, неполноценности. Кроме того, пациенты испытывали недостаток внимания и заботы, зависть к сверстникам, у которых есть родители. Следует отметить, что данное психологическое состояние у этих больных имело пролонгированный характер, то есть на протяжении всего многолетнего периода обучения в школе-интернате.

В нормальных семьях ее члены относятся к ребенку в соответствии со сложившимися семейными традициями. Поэтому на детей оказывает стиль семейного воспитания. Воспитание больных отличалось своей пестротой (рисунок 2).

Важно отметить, что общим для обеих групп было применение в семьях патологических стилей воспитания. Воспитание по типу «гиперпротекция» осуществлялось в 32,5% случаях основной группы и в 33,8% группы сравнения; по типу «гипопротекция» - в 25,0% и 18,3%; по типу «жестокое обращение» - 10,0% и 5,6%; неустойчивый стиль отмечался у 15,0% и 22,5%; воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности обнаружено в 2,5% группы БАС и в 9,9% группы БА, и, наконец, воспитание по типу «кумир семьи» было у 10,0% и 9,9%, соответственно.

Стиль воспитания «эмоциональное отвержение» достоверно чаще встречался у пациентов с суицидальным поведением (5,0% и 0,0%). Этот факт обуславливает внедрение методов семейной коррекции на ранних этапах развития ребенка. Так как отвержение имеет двойное последствие.

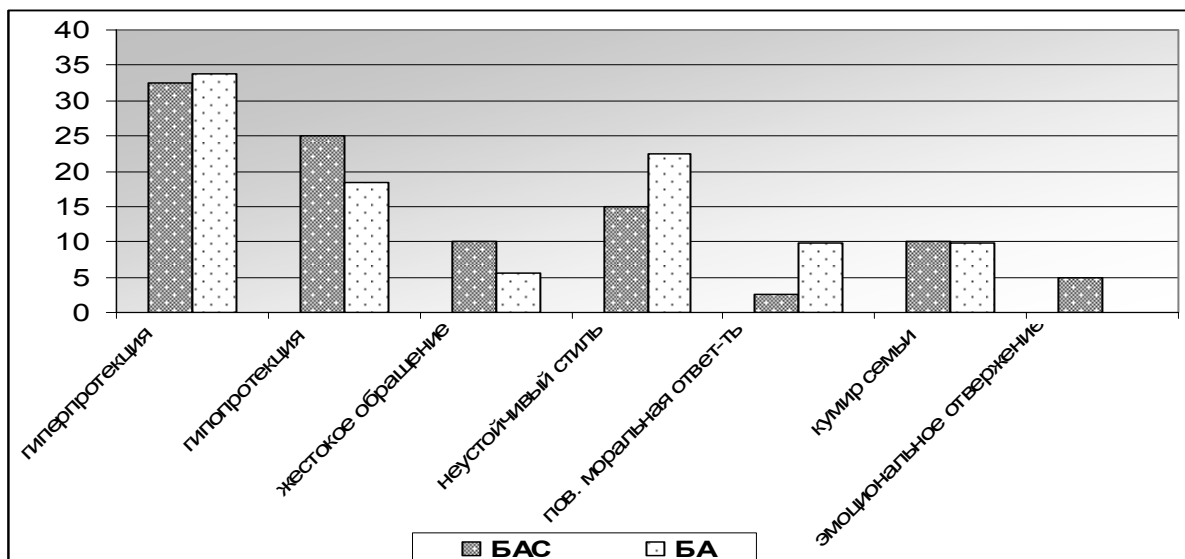


Рисунок 2. Стили воспитания в семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и в семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Примечание. Пов. моральная ответ-ть – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Во-первых, искусственно тормозятся все сферы саморазвития; это вызывает зависть к тем, кто все берет от жизни. В дальнейшем зависть приводит к чувству вины. Во-вторых, у ребенка появляется чувство, что его не любят, это чувство развивает пониженную самооценку. При глубоком снижении самооценки у ребенка может возникнуть убежденность, что он не имеет права жить [34].

Заслуживают внимания вопросы взаимоотношений между родителями. Так как именно от психологического климата в семье зависит психоэмоциональное состояние ребенка (таблица 32).

Таблица 32

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
Отношения между родителями больных				
нормальные	8	20,0	13	18,3
умеренно конфликтные	24	60,0	51	71,8
резко конфликтные	8	20,0	7	9,9
всего	40	100,0	71	100,0
Отношения между больными и их родителями				
нормальные	12	30,0	32	45,1
умеренно конфликтные	17	42,5	30	42,3
резко конфликтные	11	27,5	9	12,7
всего	40	100,0	71	100,0
Отношения в собственных семьях больных				
нормальные	4	10,0	17	23,9
умеренно конфликтные	6	15,0	11	15,5
резко конфликтные	17	42,5	24	33,8
всего	27	67,5	52	73,2

Отношения как нормальные расценили 20,0% – больные основной группы и 18,3% – пациенты группы сравнения. На наш взгляд, данные отношения можно отнести к разряду «формально нормальные». Так пациенты первой группы в отличие от пациентов второй группы отмечали, что чаще их отцы в случаях возникновения конфликтных ситуаций старались «уйти» от скандалов. Это обстоятельство позволило расценить отношения как нормальные. В родительских семьях больных группы сравнения отношения действительно были в той или иной мере спокойными, порою теплыми.

В родительских семьях больных фиксировались умеренно конфликтные – и резко конфликтные отношения. При конфликтах между родителями больные с суицидальным поведением наиболее остро реагировали на данные ситуации. У них снижалось настроение, возникало состояние тревожности, напряженности, они испытывали страх за личную безопасность. В то время как больные группы сравнения в этих ситуациях чаще либо не вмешивались, либо проявляли негативное отношение: «Надоели со своими скандалами».

Градация межличностных отношений в диаде «ребенок-родитель» была представлена аналогичными параметрами: нормальные отношения, умеренно конфликтные, резко конфликтные. Нормальными считали свои отношения с родителями 30,0% из первой группы и 45,1% из второй группы. Вместе с тем констатировался высокий удельный вес как умеренно конфликтных, так и резко конфликтных отношений. Другими словами, в основной группе респондентов преобладали умеренно конфликтные отношения, в группе сравнения – нормальные и умеренно конфликтные.

Что касается взаимоотношений в собственных семьях больных алкогольной зависимостью, то нормальные отношения в группе больных с суицидальным поведением фиксировались достоверно реже, чем в группе больных алкоголизмом без суицидального поведения. Следует отметить, что в общее количество собственных семей были включены пациенты, проживающие в гражданском браке (сожитительство).

По умеренно конфликтным отношениям получены идентичные результаты. Весьма высокие значения получены по резко конфликтным отношениям в семьях обеих групп, особенно в первой группе.

Таким образом, выявлены следующие закономерности как по умеренно конфликтным отношениям между родителями и больными группы БАС, так и по резко конфликтным отношениям между супругами в семьях больных алкоголизмом этой же группы, а именно их полная статистическая идентичность - по 42,5%. Тем самым прослеживался феномен «закладки» родителями непродуктивного стиля взаимоотношений, который в дальнейшем аккумулируется и проецируется в собственные семьи больных. Важно отметить, что данная закономерность констатировалась именно у больных с суицидальным поведением. Кроме того, у больных алкоголизмом с суици-

дальним поведением конфликтные отношения, как с родителями, так и в собственных семьях отличались большей продолжительностью и частотой.

Статистическая обработка данных по структуре семьи, стилям воспитания и характеру взаимоотношений в семье представлены в таблице 33.

Таблица 33

Результаты данных по структуре семьи, стилям воспитания и характеру взаимоотношений в семье

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Структура семьи</i>		
полная семья	1,67	0,20
неполная семья (матери)	5,79	0,01
неполная семья (отцы)	19,51	0,0001
неполная семья (мачехи)	7,365	0,04
другие родственники	5,473	0,02
воспитание в детском доме	7,365	0,049
<i>Стили воспитания</i>		
гиперпротекция	0,003	0,95
гипопротекция	0,579	0,44
эмоциональное отвержение	3,615	0,05
жестокое обращение	0,729	0,39
неустойчивый стиль	0,914	0,33
возложение повышенной моральной отв.	2,071	0,15
«кумир» семьи	0,005	0,98
<i>Отношения между родителями</i>		
ровные	7,519	0,068
периодически конфликтные	1,634	0,20
постоянно конфликтные	2,251	0,13
<i>Отношения больных с родителями</i>		
нормальные	2,428	0,11
умеренно конфликтные	0,006	0,981
резко конфликтные	0,075	0,84
<i>Отношения в собственных семьях больных</i>		
нормальные	3,243	0,05
умеренно конфликтные	0,005	0,98
резко конфликтные	0,831	0,36

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$.

Отв. – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Анализировался семейный статус обследуемых обеих групп (рис. 3).

Количество холостых больных в обеих группах достоверно не различалось (10,0% и 12,7%). Вместе с тем, женатых мужчин в группе БАС было меньше, чем мужчин в группе БА (30,0% и 47,9%). Несмотря на то, что различия были не достоверны, тем не менее, можно говорить об имеющейся статистической тенденции ($p \leq 0,06$). Другими словами, семьи, в которых имеется больной с суицидальными тенденциями, отличаются своей большей нестабильностью и дисфункциональностью. Обращает на себя внимание тот факт, что общее количество женатых – 46 человек (41,4%) было значительно

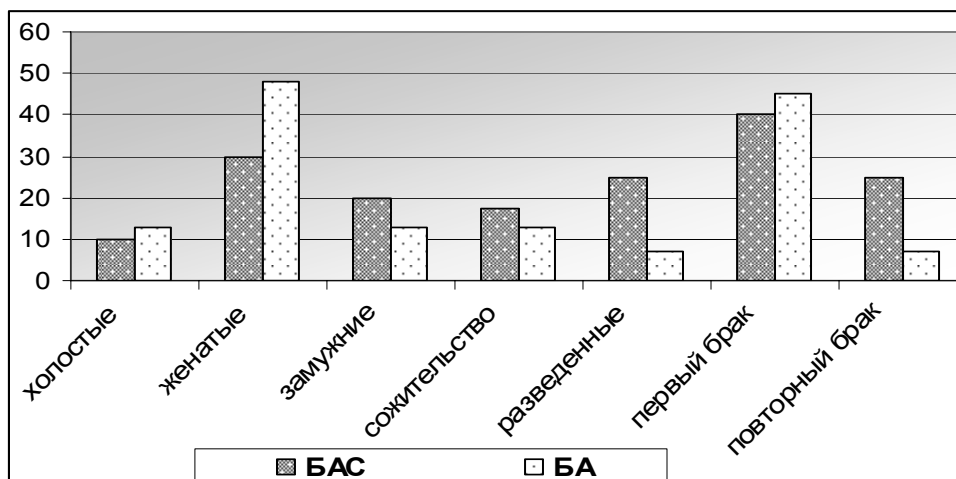


Рисунок 3. Семейное положение больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

больше, чем замужних – 17 человек (15,3%). Замужних женщин в группе БАС было 20,0%, в группе БА – 12,7%. С определенной долей уверенности можно предположить, что в динамике алкоголизма у женщин мотивация на создание собственной семьи формируется позже, чем у мужчин, а, следовательно, они (женщины) являются более уязвимыми в отношении актуализации суицидальных действий.

Проживающих в гражданском браке в первой группе больных было больше по сравнению с больными второй группы (17,5% и 12,7%), что является подтверждением дисфункциональности в семьях с суицидальным поведением.

Об этом же свидетельствуют данные по удельному весу разведенных лиц в сравниваемых группах. В группе БАС их было 25,0%, тогда как в группе БА – 7,0%. В этом контексте больные алкоголизмом с суицидальным поведением имеют схожесть с суицидентами вообще, так как известно, что предразводная ситуация и развод относятся к общепризнанным причинам самоубийства [14], предикторам суицидальности [34, 48].

В первом браке состояли 40,0% больных группы БАС и 53,5% больных группы БА. Вместе с тем, количество больных, находящихся в повторном браке достоверно было больше в группе больных с суицидальным поведением (25,0% и 7,0%), что является дополнительным аргументом дисфункциональности семей больных алкоголизмом с суицидальным поведением.

Следующим этапом было исследование материального статуса, как родительских семей, так и собственных семей алкоголезависимых (рис. 4).

«Отличное» материальное положение в родительских семьях больных первой группы (РБАС) фиксировалось в 5,0% случаях, в родительских семьях больных второй группы (РБА) – в 7,0%. В родительских семьях сравниваемых групп установлено преобладание «хорошего» материального статуса (62,5% и 47,9%). Удельный вес родительских семей больных обеих групп с

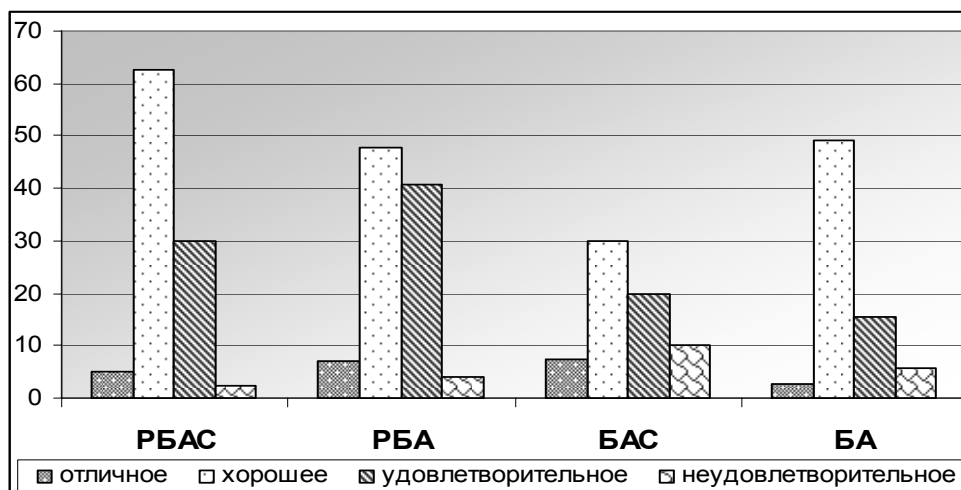


Рисунок 4. Материальное положение в родительских семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (РБАС), в родительских семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (РБА), в семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС), в семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

удовлетворительным материальным положением также был высоким (30,0% и 40,8%). Наименьшее количество родительских семей больных алкоголизмом было с «неудовлетворительным» материальным положением (2,5% и 4,2%). Этот показатель, как и все предыдущие достоверно не различался.

Результаты по материальному статусу в собственных семьях больных алкоголизмом иллюстрируют не только различия, но и подтверждают основные положения концепции настоящего исследования.

«Отличное» материальное положение в собственных семьях больных группы БАС, было несколько больше, чем в семьях больных группы БА (7,5% и 2,8%). «Хороший» материальный статус достоверно реже встречался в семьях группы больных с суицидальным поведением (30,0% и 49,3%). Можно предположить, что низкое материальное положение в семье способствует актуализации суицидальных тенденций у больных алкогольной зависимостью. То есть в целом высокий материальный статус (совокупность отличного и хорошего) в группе больных алкоголизмом с суицидальным поведением встречался реже, по сравнению с больными второй группы (37,5% и 52,1%). Об этом же свидетельствуют данные по удовлетворительному (20,0% и 15,5%) и неудовлетворительному (10,0% и 5,6%) материальному положению, которые чаще встречались в семьях больных первой группы. Мы не исключаем некоторую умозрительность наших выводов, тем не менее, алкогольная зависимость – есть форма саморазрушения, проявляющаяся и в других сферах жизнедеятельности, в данном случае – в социальной. Иными словами, алкоголизм актуализирует суицидальные или латентные несуйцидальные намерения.

Обработка данных по семейному положению, материальному статусу больных алкоголизмом сравниваемых групп отражена в таблице 34.

Результаты данных по семейному положению и материальному статусу

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Семейное положение</i>		
холостые	0,177	0,67
женатые	3,373	0,06
замужние	1,058	0,30
сожительство	0,483	0,48
разведенные	7,059	0,007
первый брак	1,872	0,17
повторный брак	7,059	0,007
<i>Материальное положение родительских семей</i>		
отличное	1,255	0,26
хорошее	2,194	0,13
удовлетворительное	1,291	0,25
неудовлетворительное	0,219	0,63
<i>Материальное положение собственных семей больных</i>		
отличное	1,304	0,253
хорошее	3,902	0,04
удовлетворительное	0,165	0,68
неудовлетворительное	0,729	0,39

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Больные опиатной наркоманией

Среди биологических предикторов суицидального поведения изучалась наследственная отягощенность шизофренией, которая отмечалась только в основной группе больных (1,8%) (рисунок 5).

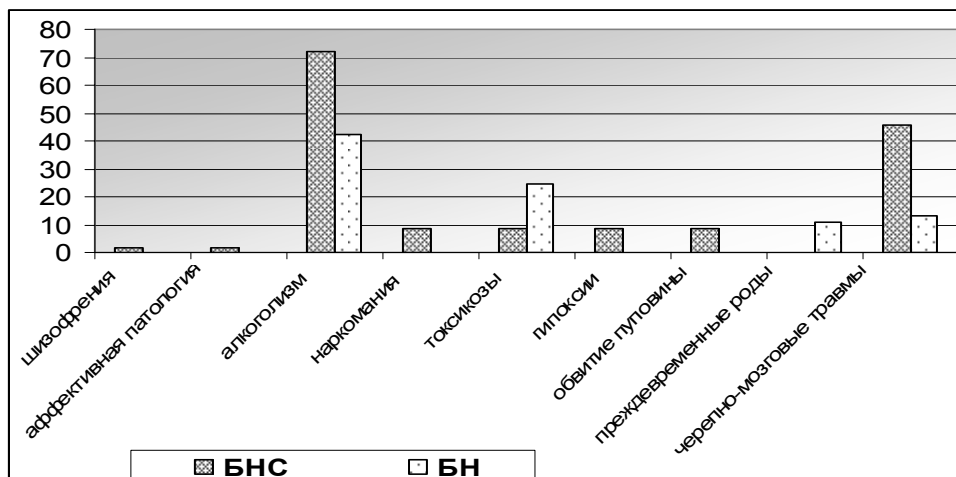


Рисунок 5. Биологические предикторы у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Отягощенность аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, депрессии) фиксировалась по линии матери и также во второй группе аддиктов (1,8%).

Что касается наследственной отягощенности алкоголизмом (по линии отца), то она значимо была больше у респондентов основной группы (71,9%

и 42,2%). То же самое можно сказать и по наследственной отягощенности наркоманиями (8,8% и 0,0%). Она чаще фиксировалась у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (по линии других родственников).

Анализировались факторы патологии беременности и родов у матерей больных. Токсикозы первого триместра беременности достоверно меньше отмечались у матерей больных опиатной наркоманией с суицидальными тенденциями (8,8% и 24,4%). Показатель «гипоксия плода», наоборот, значимо был выше у матерей больных группы БНС (8,8% и 0,0%). Аналогичные статистические данные получены по показателю «обвитие пуповины», то есть БНС - 8,8% и БН – 0,0%. Преждевременные роды констатировались у матерей группы больных без суицидального поведения (11,1%).

Установлены достоверные отличия по показателю «черепно-мозговые травмы». В частности, их большее количество наблюдалось у больных первой группы, по сравнению с пациентами второй группы (45,6% и 13,3%).

Иными словами, больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением значимо отличаются от больных опиатной наркоманией без суицидального поведения по многим параметрам, характеризующих преморбидный биологический фон. Более того, некоторые анамнестические показатели фиксировались лишь в основной группе больных.

Результаты статистической обработки данных по биологическим предикторам суицидального поведения приведены в таблице 35.

Таблица 35

Результаты статистических данных по биологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
шизофрения (по линии отца)	0,797	0,37
аффективная патология	0,797	0,37
алкоголизм (по линии отца)	10,51	0,001
наркомания (другие родственники)	4,11	0,04
токсикозы	4,67	0,031
гипоксия плода	4,15	0,042
преждевременные роды	6,66	0,01
обвитие пуповины	4,15	0,042
черепно-мозговые травмы	14,15	0,001

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

У больных опиатной наркоманией выявлены гипертимная и неустойчивая акцентуации характера (табл. 36). Отсутствие отличий по акцентуациям в сравниваемых группах объясняется нами тем, что у больных опиатной наркоманией регистр поражения психики значительно глубже, чем у больных алкоголизмом. Хотя, по утверждению В.Ф. Войцеха [36], акцентуации

характера являются факторами риска повторных суицидов, в пресуицидальном периоде отмечается заострение акцентуированных черт. Однако эта

Таблица 36

Особенности личности и поведения у больных опиатной наркоманией

	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%
<i>Акцентуации</i>				
гипертимная	0	0,0	5	11,1
неустойчивая	7	12,2	5	11,1
всего	7	12,2	10	22,2
<i>Расстройства личности</i>				
эмоцион. неустойчивое	10	17,5	6	13,3
истерическое	11	19,2	17	37,8
смешанные	12	21,1	1	2,2
всего	33	57,8	24	53,3
<i>Девиянтное поведение</i>				
всего	21	36,8	0	0,0
<i>Делинквентное поведение</i>				
всего	5	8,8	0	0,0
<i>Антисоциальное поведение</i>				
всего	11	19,3	0	0,0

Примечание. Эмоцион. неустойчивое – эмоционально неустойчивое расстройство личности

точка зрения применима к суицидентам неаддиктивного профиля. Специфичность первой группы больных подтверждается преобладанием у них психопатий. Достоверно больше у больных с суицидами были смешанные расстройства личности.

В данном случае преморбидные личностные особенности отличались полиморфизмом, так как здесь в равной степени встречались черты эксплозивности, демонстративности, неустойчивости и тревожности.

У больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением наблюдались поведенческие нарушения, сопровождающиеся социально - психологической дезадаптацией. Она, как известно, является основополагающей в формировании суицидального поведения. Следует обратить особое внимание на то, что такие нарушения поведения как девиантность, делинквентность и антисоциальность фиксировались только в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением, то есть данные показатели являются не только высокопрогностическими, но и характерными для аддиктивных суицидентов, преимущественно для больных наркоманией.

Изучение возраста начала потребления наркотиков показало, что их первое потребление в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением отмечено в возрасте от 13 до 23 лет (в среднем - 18,1 лет); в группе больных опиатной наркоманий без суицидального поведения – в возрасте от 15 до 23 лет, что составило в среднем 18,7 лет (табл. 37). Различия между сравниваемыми группами достигали степени достоверности.

Из табл. 37 видно, что большинство пациентов основной группы начали употреблять опиатные наркотики в возрасте 13 – 14 лет, тогда как во второй группе максимальное количество больных приходится на возраст 17-18

Таблица 37

Распределение больных по возрасту начала употребления опиатных наркотиков

возраст	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
13 - 14	17	29,8	0	0,0
15 - 16	13	22,8	9	20,0
17 - 18	8	14,0	17	37,9
19 - 20	8	14,0	11	24,4
21 - 22	9	15,9	6	13,3
23	2	3,5	2	4,4
всего	57	100,0	45	100,0

лет. На втором месте расположились: больные группы БНС – в возрасте 15 – 16 лет; больные группы БН – 19 – 20 лет. В раннем подростковом возрасте количество респондентов, впервые пробовавших опий в первой группе, составило 52,6%, во второй группе – 20,0%, что в 2,6 раза больше.

Период, предшествующий формированию наркомании сопровождался употреблением препаратов конопли, токсических веществ (средства бытовой химии) и алкоголя. Чаще употребление ПАВ было без признаков зависимости, непродолжительное и носило ритуальный характер (таблица 38).

Таблица 38

Частота употребления других психоактивных веществ

психоактивное вещество	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%
алкоголь	7	12,3	6	13,3
суррогаты алкоголя	2	3,5	3	6,7
гашиш	20	35,0	13	28,9
токсические вещества	5	8,8	5	11,1
всего	34	59,6	27	60,0

Полученные недостоверные различия по употреблению других ПАВ подтверждают высказанное в литературе мнение о поисковом полинаркотизме в подростковом возрасте [25]. Вместе с тем, отмечено достоверно частое потребление препаратов конопли респондентами первой группы. Этот факт можно интерпретировать двояко. С одной стороны, употребление так называемых «легких» наркотиков является «трамплином» к переходу к тяжелым наркотикам, в результате от которых формируется наркотическая зависимость. С другой стороны, употребление гашиша больными с суицидальным поведением позволяло им на какое-то время «уйти от реальности». Кстати, имеются убедительные доказательства взаимосвязи между злоупотреблением каннабисом и риском суицидальных попыток [145].

Мотив – это сложное внутреннее психологическое образование, побуждающее своей энергетической заряженностью к определенному действию (мотивированному поведению) [65]. В качестве мотивов могут выступать потребности (биологические, социальные), личностные интересы, социальные установки, ценностная ориентация, убеждения, чувства долга, патологическое влечение, аффективные расстройства [7]. Нами были обнаружены следующие мотивы потребления опия (таблица 39).

Таблица 39

Мотивы употребления опиатных наркотиков				
	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
любопытство	9	15,8	9	20,0
общение с наркобольшими	11	19,3	13	28,9
антисоциальные компании	10	17,5	14	31,1
конфликты	10	17,5	2	4,4
неудовлетворенность жизнью	17	29,8	7	15,6
всего	57	100,0	45	100,0

Показатель мотива «любопытство» между обеими группами пациентов опиатной наркоманией достоверно не различался. Не выявлено отличий и по мотивам «общение с наркологическими больными», «общение с лицами из антисоциальных компаний». Наши предположения о влиянии таких личностных черт, как психический инфантилизм и конформность в приобщении к ПАВ согласуются с данными других авторов. В.Ю. Завьялов [74] считает, что в иерархии мотивов употребления ПАВ, особенно первых проб, после мотива поиска новых впечатлений следует субмиссивный мотив, отражающий подчиняемость индивида влиянию референтной группе.

В качестве ведущего мотива первого употребления наркотика в основной группе больных были различные личностно-семейные конфликты. Этот показатель достоверно чаще встречался у лиц с суицидальным поведением.

Обнаружены достоверные отличия по показателю «неудовлетворенность жизнью». Этот показатель был больше в группе пациентов с суицидальным поведением. Они отмечали, что употребление наркотика дает возможность ощутить себя «счастливым» в виду того, что повышается настроение и самооценка, жизнь становится увлекательной и уже не кажется «серой и однообразной», появляется смысл жить. Думается, что у больных первой группы наблюдалась субдепрессивная симптоматика, обуславливающая употребление наркотиков.

Этап эпизодического употребления опия был непродолжителен в группе пациентов БНС (от 13 до 60 дней, в среднем - 28 дней). В группе больных БН этот этап был от 15 до 70 дней, в среднем - 37 дней. Отличительной чертой было то, что этот период в первой группе проходил практически незаметно, сменяясь систематическим приемом.

Формирование систематического приема от начала употребления препаратов опия осуществлялось в сжатые сроки (табл. 40).

Как видно из табл. 40 в группе БНС переход к систематическому приему

Таблица 40

Формирование систематического приема наркотиков от начала их употребления

временной промежуток	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
до 30 дней	9	15,8	4	8,8
от 31 – 120 дней	37	64,9	20	44,4
от 121 – 180 дней	11	19,3	21	46,7
всего	57	100,0	45	100,0

му опия в подавляющем большинстве случаев не превышал трех месяцев (64,9%), в группе БН этот период был значительно дольше - до полугода (46,7%). Выявленные особенности служат одним из достоверных признаков стремительного развития заболевания и его тяжести, что, собственно, позволяет рассматривать аддиктов с суицидальным поведением как особую категорию (табл. 41).

Таблица 41

Данные по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Акцентуации</i>		
гипертимная	6,66	0,01
неустойчивая	0,033	0,85
<i>Расстройства личности</i>		
эмоционально неустойчивое	0,337	0,56
истерическое	4,312	0,03
смешанные	10,73	0,001
<i>Девiantное поведение</i>		
	20,87	0,001
<i>Делинквентное поведение</i>		
	4,15	0,042
<i>Антисоциальное поведение</i>		
	9,73	0,002
<i>Первое употребление опиатных наркотиков</i>		
возраст приобщения к опию	32,1	0,001
<i>Частота употребления других психоактивных веществ</i>		
алкоголь	0,033	0,85
суррогаты алкоголя	0,538	0,46
гашиш	17,84	0,001
токсические вещества	0,156	0,69
<i>Мотивы употребления опиатных наркотиков</i>		
любопытство	0,072	0,78
общение с наркобольшими	0,781	0,37
антисоциальные компании	2,57	0,109
конфликты	4,157	0,041
неудовлетворенность жизнью	3,91	0,04
<i>Продолжительность эпизодического приема опиатных наркотиков</i>		
эпизодическое употребление	15,98	0,004

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Суицидальное поведение у родственников больных опиатной наркоманией основной группы обнаруживалось по всем линиям родства, у родственников больных группы сравнения – по первой степени родства ($p \leq 0,05$) (таблица 42).

Таблица 42

Суицидальное поведение у родственников больных опиатной наркоманией

суицидальное поведение	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
Матери (n=54)				
суицидальные мысли	18	33,3	2	3,7
суицидальные попытки	11	20,3	4	7,4
Отцы (n=31)				
суицидальные мысли	4	12,9	2	6,4
суицидальные попытки	9	29,0	0	0,0
Другие родственники (n=28)				
суицидальные мысли	3	10,7	0	0,0
суицидальные попытки	4	14,2	0	0,0

Обращает на себя внимание существенное превалирование суицидальных мыслей и суицидов у родственников (особенно у матерей) первой группы больных. Кстати, имеющаяся в анамнезе у родственников суицидальность, ослабляет действия антисуицидальных барьеров, тем самым повышает риск суицидов у последующих поколений [171]. Вероятно, что суицидальные действия близких родственников воспринимались больными как один из «продуктивных» способов выхода из сложных жизненных ситуаций. В дальнейшем данный тип реагирования закреплялся и приобретал стереотипный характер. Иными словами, опиоманы с суицидами представляют собой группу с изначально низкой фрустрационной толерантностью.

Очередным этапом было определение других социальных предикторов суицидального поведения у больных опиатной наркоманией.

Анализируя социальный статус больных опиатной наркоманией, нами получены следующие результаты (таблица 43).

Таблица 43

Характеристика семейной структуры

структура семьи	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	28	49,1	27	60,0
неполная семья (матери)	12	21,1	10	22,2
неполная семья (мачехи)	17	29,8	8	17,8
всего	57	100,0	45	100,0

В частности, 49,1% пациентов основной группы воспитывались в полных семьях, в группе сравнения - 60,0%. Также как и в родительских семьях больных алкоголизмом, полные семьи больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением отличались дисфункциональностью.

В равных соотношениях расположились пациенты обеих групп, воспитывающихся в семьях с искаженной семейной структурой (воспитывались матерью). Вместе с тем, матери больных основной группы чаще, чем матери пациентов группы сравнения проецировали на своих детей негативные эмоции, формировали в них чувства вины и неуверенности: «Ты такой же, как отец, слабовольный и никчемный».

Обращает на себя внимание высокий удельный вес больных, воспитывающихся в неполных семьях (воспитание мачехой). Опрос показал, что больные первой группы наиболее остро реагировали на присутствие в семье мачехи, полагая, что они и так недополучили материнской заботы и внимания: «Мать меня бросила, а мачехи я тем более не нужен».

Что касается стилей воспитания (рисунок 6), то к больным обеих групп применялись патогенные стили.

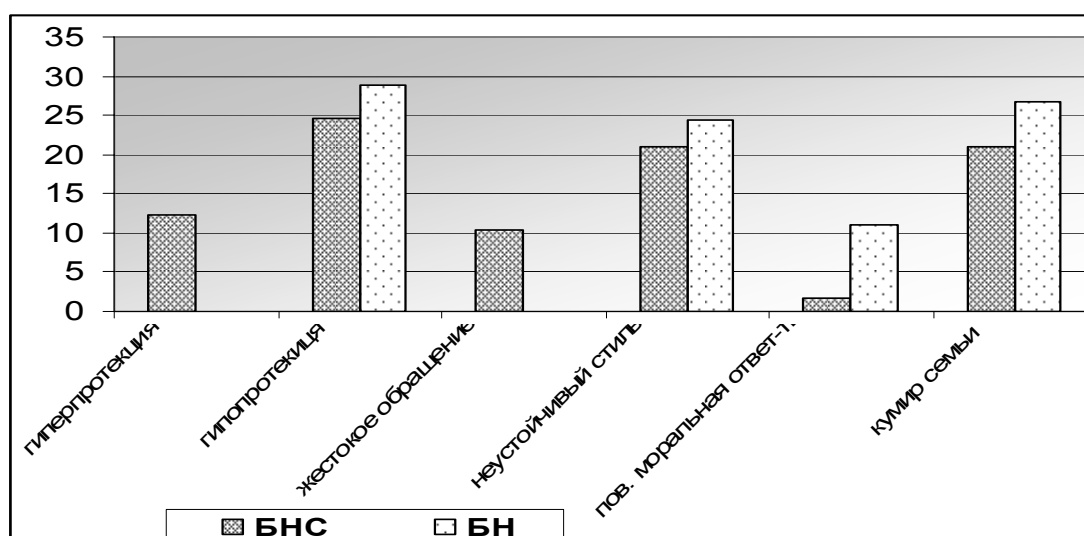


Рисунок 6. Стили воспитания в семьях больных опийной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и в семьях больных опийной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Примечание. Пов. моральная ответ-ть. – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Достоверные отличия получены по стилю воспитания «гиперпротекция», который отмечался у пациентов первой группы (12,3%). Воспитание по указанному типу в дальнейшем формирует у ребенка суицидное поведение, при котором суицидальные попытки носят демонстративно-шантажный характер [113].

Показатели по стилю «гипопротекция» в группах не достигали достоверности (24,6% и 28,9%). Отметим, что больные первой группы безнадзорное воспитание расценивали преимущественно как безразличное отношение к их нуждам и потребностям со стороны родителей, в то время больные второй группы – как возможность проявления самостоятельности.

Весьма показательны значения по жестокому стилю воспитания, наблюдаемого лишь в группе пациентов с суицидальным поведением (10,5%). Вербальные (оскорбления) и физические (побои, избиения) формы агрессии

к обследуемым первой группы применялись в основном отцами, находящимися в алкогольном опьянении. В этих случаях больные опитной наркоманией испытывали чувство одиночества, ненужности, «лишнего» в семье.

Неустойчивый стиль воспитания фиксировался в обеих группах, при этом значимых различий не выявлено (21,1% и 24,4%). Отношения от повышенной заботы до эмоционального отвержения у больных с суицидальным поведением формировали неуверенность, повышенную тревожность, снижение настроения, а у больных без суицидального поведения – раздражительность, недовольство, обиду, злость. То есть при одном стиле воспитания просматривается разнонаправленный вектор агрессивных тенденций пациентов: интрапунитивные - у больных основной группы, экстрапунитивные – у больных группы сравнения.

Воспитание по типу «возложение на ребенка повышенной моральной ответственности» достоверно меньше констатировалось в группе больных с суицидальным поведением, чем в группе сравнения (1,8% и 11,1%). Данный стиль сопровождается риском психогенной травматизации [63], что, на наш взгляд, не исключает актуализацию суицидальных намерений.

Воспитание по типу «кумир семьи» отмечено у 21,1% и 26,7%.

Характеристика внутрисемейных отношений представлена в табл. 44.

Таблица 44

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%
<i>Отношения между родителями больных</i>				
нормальные	6	10,5	10	22,2
умеренно конфликтные	14	24,6	16	35,6
резко конфликтные	37	64,9	19	42,2
<i>Отношения между больными и их родителями</i>				
нормальные	6	10,5	1	2,2
умеренно конфликтные	29	50,9	32	71,1
резко конфликтные	22	38,6	12	26,7
<i>Отношения в собственных семьях больных</i>				
нормальные	0	0,0	10	22,2
умеренно конфликтные	17	29,8	7	15,6
резко конфликтные	22	38,6	5	11,1

Были получены ожидаемые различия по внутрисемейным отношениям между родителями пациентов обеих групп с преобладанием большей конфликтности у родителей больных с суицидальным поведением. Так как умеренно конфликтные и в особенности резко конфликтные отношения преобладали в семьях основной группы.

Конфликтные отношения констатировались в диаде «ребенок (больной наркоманией)-родитель». Несмотря на то, что достоверные отличия не обна-

ружены, тем не менее, резко конфликтные отношения также доминировали в семьях больных с суицидальным поведением.

Важно отметить, что резко конфликтные отношения, включая и собственные семьи больных опиатной наркоманией, превалируют во всех диадных сочетаниях. Предположение о передачи детям непродуктивного стиля взаимоотношений находит свое четкое подтверждение в виде статистической идентичности результатов по резко конфликтным отношениям между больными и их родителями и между больным и близким окружением (жены, мужа) (по 38,6%). Полученные факты по внутрисемейной конфликтности позволили определить предикторы суицидального поведения у больных опиатной наркоманией основной группы, а также явились дополнительным аргументом отнесения этого контингента лиц в отдельную клиническую группу с констатацией наличия у них патологически функционирующей семейной системы.

Семенное положение зависимых двух групп было следующим (рис. 7).

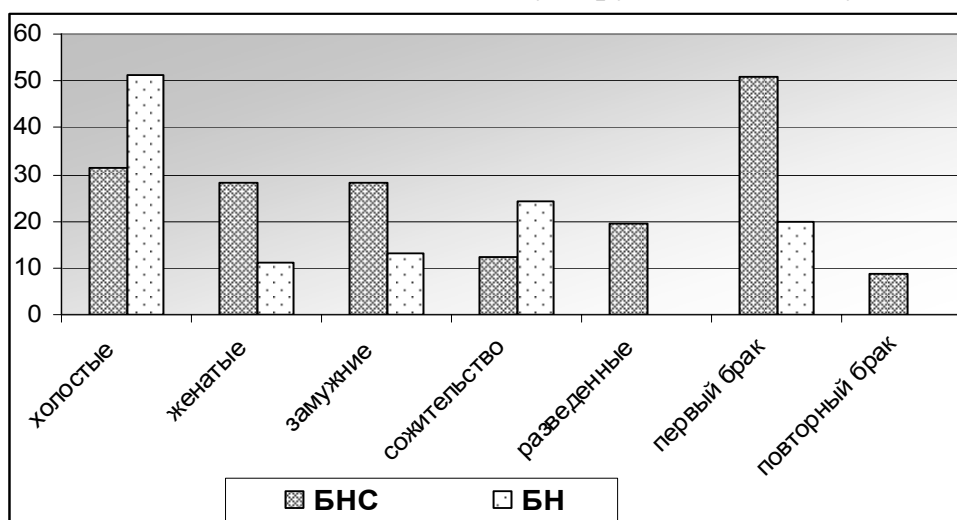


Рисунок 7. Семейное положение больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Треть аддиктов опиатной наркоманией с суицидальным поведением (31,5%) и более половины (51,1%) пациентов без суицидов оставались холостыми. Женатых было 28,1% и 11,1%; замужних – 28,1% и 13,3%. Удельный вес пациентов, находящихся в гражданском браке составил 12,3% и 24,4%. Формально, семейный статус больных с суицидальным поведением был более благополучным, по сравнению с больными без суицидального поведения. Более того, в первом браке больных группы БНС также было больше, больных группы БН (50,9% и 20,0%). Вместе с тем, семьи основной группы больных отличались большей дисфункциональностью, нестабильностью и конфликтностью в отношениях. В собственных семьях аддиктивных суицидентов достоверно чаще регистрировались супружеские измены. Об этом свидетельствуют не только упоминавшие данные по отношениям в этих

семьях, но и удельный вес больных, находящихся в повторном браке (8,8%) и в официальном разводе (19,3%). Таковые отсутствовали в семьях больных без суицидальных тенденций.

подавляющее большинство родительских семей больных обеих групп было с хорошим материальным положением (61,4% и 60,0%) (рис. 8).

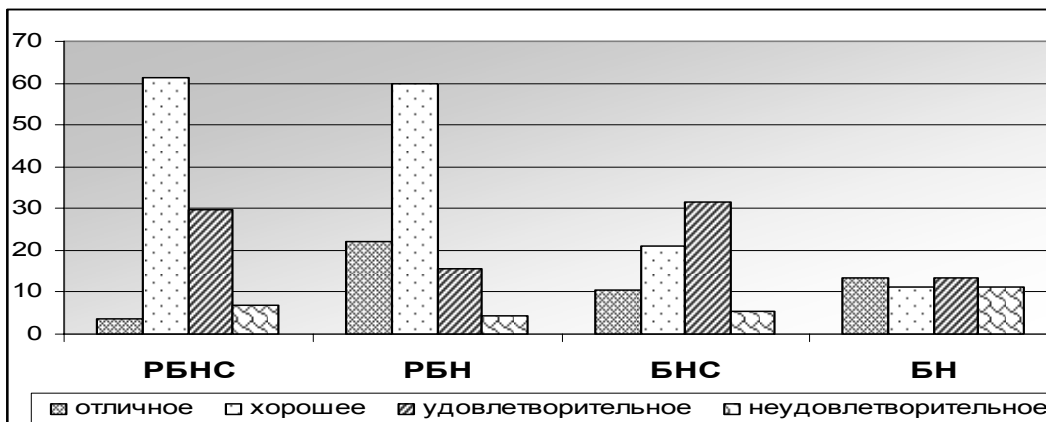


Рисунок 8. Материальное положение в родительских семьях больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (РБНС), в родительских семьях больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (РБН), в семьях больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС), в семьях больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Высокие значения объяснялись выше, т.е. это обусловлено условиями лечения, а именно оказание специализированной помощи осуществлялось на платной основе. В целом, материальный статус родительских семей больных с суицидальным поведением, несмотря на высокие значения по хорошему материальному положению был ниже родительских семей больных группы сравнения. Так, например, с отличным материальным положением родительских семей больных первой группы было достоверно меньше, по сравнению с родительскими семьями группы БН (3,5% и 22,2%). В то же время удовлетворительное материальное положение достоверно больше отмечено у родителей респондентов группы БНС (29,8% и 15,6%). Количество семей с неудовлетворительным материальным статусом было несколько больше в родительских семьях группы БНС (7,0% и 4,4%). Исходя из полученных данных, низкий материальный статус родительских семей следует отнести к предикторам суицидальности именно у опиоманов основной группы.

Количество семей с отличным материальным положением в группах составило 10,5% и 13,3%. Хорошее материальное положение фиксировалось у 21,1% и 11,1%. По удовлетворительному материальному положению выявлены значения. Удовлетворительный уровень чаще констатировался в семьях больных первой группы, чем в семьях группы сравнения (31,6% и 13,3%). Неудовлетворительное материальное положение отмечалось в 5,3, и в 11,1% случаях, соответственно.

Оценивая материальный статус родительских и собственных семей аддиктов основной группы, следует отметить, что по удовлетворительному по-

ложению выявлены идентичные тенденции. То есть и в родительских, и в собственных семьях больных с суицидальным поведением достоверно преобладал низкий материальный статус над родительскими и собственными семьями группы сравнения (таблица 45).

Таблица 45

Результаты по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Структура семьи</i>		
полная семья	1,19	0,27
неполная семья (матери)	0,02	0,88
неполная семья (мачехи)	10,82	0,005
<i>Стили воспитания</i>		
гиперпротекция	5,93	0,01
гипопротекция	0,242	0,62
жестокое обращение	5,03	0,02
неустойчивый стиль	0,02	0,87
возложение пов. моральной ответ-ти	3,97	0,04
«кумир» семьи	0,44	0,51
<i>Отношения между родителями</i>		
нормальные	2,61	0,10
умеренно конфликтные	0,953	0,33
резко конфликтные	6,28	0,012
<i>Отношения больных с родителями</i>		
ровные	5,03	0,02
умеренно конфликтные	1,31	0,25
резко конфликтные	2,31	0,12
<i>Отношения в собственных семьях больных</i>		
ровные	14,04	0,001
умеренно конфликтные	3,91	0,04
резко конфликтные	9,76	0,002
<i>Семейное положение</i>		
холостые	4,11	0,042
женатые	4,42	0,03
замужние	4,42	0,03
сожитительство	0,307	0,58
разведенные	9,73	0,002
первый брак	8,74	0,003
повторный брак	4,15	0,04
<i>Материальное положение родительских семей</i>		
отличное	8,48	0,004
хорошее	0,021	0,88
удовлетворительное	3,92	0,04
неудовлетворительное	0,301	0,58
<i>Материальное положение собственных семей больных</i>		
отличное	0,009	0,92
хорошее	1,79	0,18
удовлетворительное	3,90	0,04
неудовлетворительное	0,158	0,47

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

Возложение пов. моральной ответ-ти – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Больные с зависимостью от азартных игр

Выявлены биологические предикторы суицидальности (рис. 9).

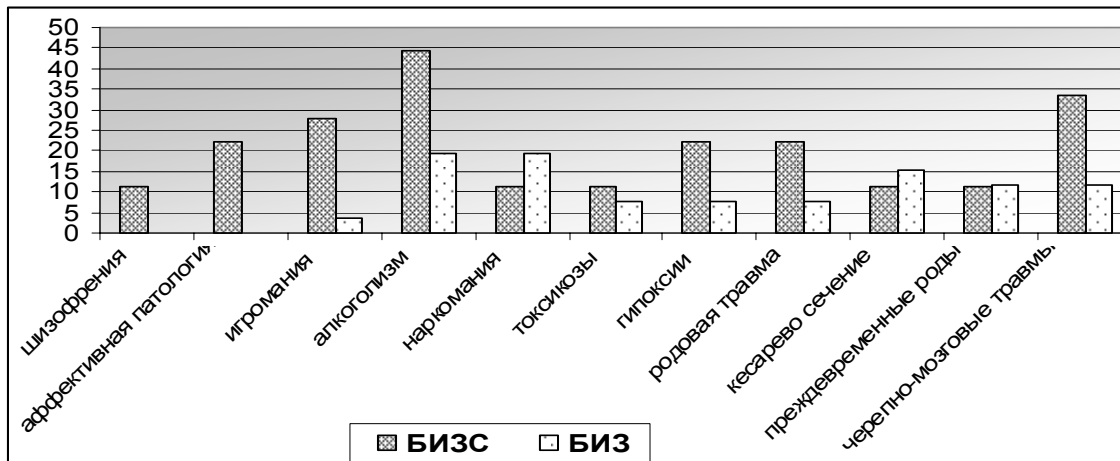


Рисунок 9. Биологические предикторы у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ)

В основной группе больных выявлена наследственная отягощенность шизофренией, которая отсутствовала у больных группы сравнения (11,1%).

Что касается наследственной отягощенности аффективной патологией, то она также наблюдалась у больных первой группы (22,2%). Важно отметить, что отягощенность шизофренией и аффективной патологией наблюдаются исключительно у аддиктивных суицидентов всех исследуемых нами нозологий. Иными словами, обнаруженные тенденции колоритно иллюстрируют специфичность группы больных суицидологического профиля и предопределяют у этих больных психопатологическую детерминацию суицидального поведения.

Особенность больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением подтверждается тем, что они достоверно чаще по сравнению с больными с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения имели отягощенность лудоманией (27,8% и 3,8%). Выявленная в анамнезе отягощенность зависимостью от азартных игр может служить важным прогностическим признаком суицидального поведения.

В целом отягощенность алкоголизмом в группе БИЗС была выше, чем в группе БИЗ (44,5% и 19,2%). Отягощенность наркоманиями была меньше в группе больных игроманией с суицидальным поведением (11,2% и 19,4%). В совокупности наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями была существенно выше у патологических игроков основной группы (55,7% и 38,6%), тогда как в общей популяции суицидентов она составляет 38,8% [105].

В сумме пре-, пери- и постнатальные вредности у больных с зависимостью от азартных игр основной группы встречались чаще, чем у больных

второй группы (77,7% и 50,0%). Так, токсикозы были больше у матерей больных первой группы (11,1% и 7,7%). Показатель «гипоксия плода» также чаще фиксировался у матерей пациентов основной группы (22,2% и 7,7%). То же самое относится к другим показателям: «родовая травма» (22,2% и 7,7%), «кесарево сечение» (11,1% и 15,4%) и «преждевременные роды» (11,1% и 11,5%). Больше количество ЧМТ было у больных группы БИЗС (33,3% и 11,5%).

Результаты статистической обработки приведены в таблице 46.

Таблица 46

Результаты данных по биологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
возраст	1,63	0,615
шизофрения (по линии отца)	3,03	0,08
афф. патология (по линии отца)	0,884	0,34
афф. патология (по линии матери)	6,36	0,01
афф. патология (родственники)	0,072	0,79
игромания (по линии отца)	5,17	0,02
игромания (родственники)	2,12	0,146
алкоголизм (по линии отца)	3,21	0,07
алкоголизм (по линии матери)	0,08	0,72
алкоголизм (родственники)	0,89	0,34
наркомания (по линии отца)	0,46	0,49
наркомания (другие родственники)	0,08	0,78
токсикозы	0,15	0,69
гипоксия плода	1,91	0,16
родовая травма	1,91	0,16
кесарево сечение	0,15	0,68
преждевременные роды	0,002	0,96
черепно-мозговые травмы	3,11	0,078

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

В преморбиде установлены различные типы акцентуаций, которые реже констатировались у аддиктов с суицидальным поведением (таблица 47).

Однако психопатий было больше в основной группе больных. Обращает на себя внимание удельный вес эмоционально неустойчивого расстройства личности у больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (22,2%).

Девиантное поведение, так же как и делинквентное чаще констатировалось у пациентов первой группы. На первый взгляд не представляется возможным выделить какую-либо специфичную характеристику суицидальной личности. Вместе с тем удельный вес зависимых лиц с психопатической патологией, с девиантным и делинквентным поведением значимо преобла-

дал в группе суицидальных больных (77,8% и 38,4%), то есть разница составляла 2,03 раза.

Таблица 47

Особенности личности и поведения у больных игровой зависимостью

	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%
<i>Акцентуации</i>				
гипертимная	2	11,1	4	15,4
шизоидная	0	0,0	3	11,5
истероидная	1	5,6	3	11,5
неустойчивая	0	0,0	5	19,2
всего	3	16,7	15	57,7
<i>Расстройства личности</i>				
эмоциональное неустойчивое	4	22,2	3	11,5
шизоидное	2	11,1	2	7,7
истерическое	1	5,6	1	3,8
всего	7	38,9	6	23,1
<i>Девиянтное поведение</i>				
всего	4	22,2	3	11,5
<i>Делинквентное поведение</i>				
всего	3	16,7	1	3,8

По возрасту вовлечения в азартные игры пациенты обеих групп достоверно не различались (таблица 48).

Таблица 48

Распределение больных по возрасту начала вовлечения в азартные игры

возраст	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%
15 - 16	6	33,3	3	11,5
17 - 18	2	11,1	5	19,2
19 - 20	5	27,8	10	38,5
21 - 22	2	11,1	2	7,7
23 - 24	2	11,1	0	0,0
25 - 26	1	5,6	2	7,7
27 - 28	0	0,0	2	7,7
29 - 30	0	0,0	2	7,7
всего	18	100,0	26	100,0

Диапазон вовлечения в азартные игры БИЗС колебался от 15 до 26 лет (в среднем 18,8 лет), БИЗС - от 15 до 30 лет (в среднем 20,6 лет). Треть пациентов группы БИЗС (33,3%) начала приобщаться к азартным играм в возрасте 15-16 лет, а больные группы БИЗ - в 19 - 20 лет. Иными словами, ранний подростковый возраст приобщения к азартным играм является особенностью больных с суицидальным поведением.

Период, предшествующий формированию игромании сопровождался употреблением спиртных напитков, включая пиво, токсических веществ и препаратов конопли. Чаще употребление ПАВ было без признаков зависи-

мости, непродолжительное и носило ритуальный характер (таблица 49). Свыше 40,0% пациентов обеих групп употребляли спиртные напитки.

Таблица 49

Частота употребления других психоактивных веществ				
психоактивное вещество	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%
алкоголь	8	44,4	11	42,3
гашиш	3	16,7	0	0,0
токсические вещества	3	16,7	3	11,5
всего	14	77,8	14	53,8

Количество больных, употреблявших токсические вещества, в группе БИЗС было больше.

Обращает на себя внимание факт потребления гашиша до лудомании лишь больными первой группы. Употребление конопли можно отнести к предикторам суицидального поведения, тем самым подчеркивается отличительная особенность больных основной группы.

Обнаружены мотивы приобщения к азартным играм (табл. 50).

Таблица 50

Мотивы приобщения к азартным играм				
мотивы	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%
заинтересованность	4	22,2	12	46,2
общение с игроманами	3	16,7	8	30,8
быстро заработать	2	11,1	4	15,4
«бегство» от проблем	4	22,2	1	3,8
психогении	5	27,8	1	3,8
всего	18	100,0	26	100,0

Наблюдения показали, что у больных игровой зависимостью обеих групп присутствовал определенный интерес к азартной игре в виде выигрыша в любом его материальном или психологическом эквиваленте, приносящем удовольствие. Не было отличий и по мотивам «общение с больными игроманией». У части пациентов в качестве мотивации к участию в играх выступало желание быстрого и легкого заработка, когда за одно мгновение можно стать экономически обеспеченным человеком. Вместе с тем, у больных группы БИЗС констатировались высокие значения показателя «бегство от проблем». Пациенты сообщали, что за игрой все острые проблемы отступали на второй план. Показатель «конфликты» был больше в первой группе больных. Участие в играх было обусловлено желанием нормализовать свой психический статус, снять тревогу.

Длительность эпизодического участия в азартных играх в группе БИЗС была от 2 до 9 месяцев и составила в среднем 5,5 месяцев, а в группе БИЗ - от 4 до 11 месяцев (в среднем – 8,1 месяцев). Другими словами, становление зависимости в группе БИЗС происходило в 1,5 раза быстрее.

Результаты статистической обработки приведены в таблице 51.

Таблица 51

Результаты данных по психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Акцентуации</i>		
гипертимная	0,17	0,68
шизоидная	0,23	0,13
истероидная	0,46	0,49
неустойчивая	3,91	0,04
<i>Расстройства личности</i>		
эмоционально неустойчивое	0,91	0,34
шизоидное	0,15	0,69
истерическое	0,07	0,79
<i>Девиянтное поведение</i>		
	0,91	0,34
<i>Делинквентное поведение</i>		
	2,12	0,14
<i>Первое приобщение к азартным играм</i>		
возраст приобщения	10,89	0,62
<i>Частота употребления других психоактивных веществ</i>		
алкоголь	0,02	0,88
токсические вещества	0,24	0,62
гашиш	4,65	0,03
<i>Мотивы приобщения к азартным играм</i>		
заинтересованность	2,63	0,10
общение с игроманами	0,27	0,60
быстро заработать	0,17	0,68
«бегство» от проблем	3,57	0,05
конфликты	5,17	0,02
<i>Продолжительность эпизодического участия в азартных играх</i>		
эпизодическое употребление	3,58	0,05

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

В нашем исследовании суицидальное поведение у родственников больных с зависимостью от азартных игр основной группы обнаруживалось по линии матери и отца, у родственников больных группы сравнения – по линии отца и по линии других родственников (таблица 52).

Таблица 52

Суицидальное поведение у родственников больных игровой зависимостью

суицидальное поведение	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%
<i>Матери (n=23)</i>				
суицидальные мысли	12	52,2	0	0,0
суицидальные попытки	4	17,4	0	0,0
<i>Отцы (n=31)</i>				
суицидальные мысли	6	19,3	2	6,4
суицидальные попытки	3	9,6	2	6,4
<i>Другие родственники (n=19)</i>				
суицидальные мысли	0	0,0	3	15,8
суицидальные попытки	0	0,0	0	0,0

Удельный вес суицидального поведения у родственников больных игро-манией основной группы был высокий (34,2% и 5,5%; $p < 0,05$). Другими словами, суицидальная активность у ближайших родственников больных группы БИЗС в 12 раз выше аналогичного показателя родственников больных группы БИЗ. У матерей больных преобладали суицидальные мысли, тогда как у отцов - суицидальные попытки. Возможно, лица мужского пола склонны больше чем женщины, проявлять рискованные и импульсивные действия.

По-прежнему остается недостаточно изученной связь между зависимостью, суицидами и микро-, макросоциальными воздействиями.

Рассматривалась структура семьи как возможный предиктор суицидального поведения у патологических игроков (таблица 53).

Таблица 53

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	8	44,4	11	42,3
неполная семья (матери)	5	27,8	9	34,6
неполная семья (мачехи)	5	27,8	6	23,1
всего	18	100,0	26	100,0

Воспитывались в полных семьях 44,4% пациентов основной группы и 42,3% пациентов группы сравнения. Количество воспитывающихся с искаженной семейной структурой (воспитывались матерью и мачехой) в обеих группах было практически равным. С одной стороны, несущественный статистический разброс по структуре семьи позволяет предположить, что структура семьи является предиктором, как игровой зависимости, так и суицидального поведения. Тем более что об этом упоминается во многих работах [24, 30, 34]. С другой стороны, установлены особенности, характерные для семей больных с суицидальным поведением. В частности, матери и мачехи формировали в своих детях заниженную самооценку, чувство вины. Первые были невротизированы, закомплексованы своим статусом «матери-одиночки», они высказывали недовольство: «С тобой еще труднее, чем с твоим отцом». Мачехи старались не обращать внимания на своих приемных детей, либо воспринимали их как обузу: «Ты достался мне от своей матери с проблемами». И в том, и в другом случае у больных часто снижалось настроение, возникало чувство обиды и неполноценности с ощущениями «лишнего в семье».

Роль семейных факторов в формировании суицидального поведения подтверждается результатами по стилям воспитания в указанных семьях (рисунок 10).

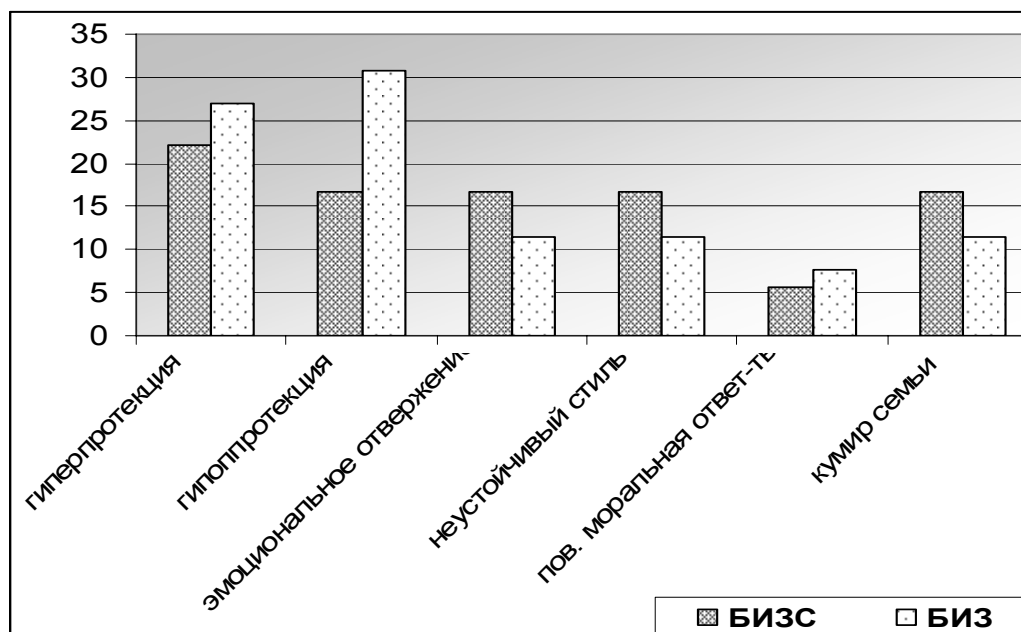


Рисунок 10. Стили воспитания в семьях больных зависимостью от азартных игр с суицидным поведением (БИЗС) и в семьях больных зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ)

Примечание. Пов. моральная ответ-ть. – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Как и у больных алкоголизмом и наркоманией, использование в семьях пациентов игровой зависимостью патогенных стилей воспитания выявлено у подавляющего количества лиц (88,8% - группа БИЗС и 88,5% - группа БИЗ).

Воспитание по типу «гиперпротекция» наблюдалось у больных первой группы в 22,2% случаев, у больных второй группы в 26,9%. Некоторые авторы считают, что воспитание по типу «гиперпротекция» обладает суицидогенным потенциалом [113].

Показатели по стилю «гипопротекция» в обеих группах не достигали статистической достоверности (16,7% и 30,8%). Однако в группе суицидентов гипопротекция со стороны родителей проявлялась снижением опеки и контроля над жизнью и потребностями ребенка, тогда как в группе сравнения – над поведением подростка.

Стиль воспитания «эмоциональное отвержение» использовался в группах больных в 16,7% и 11,5% случаях. При этом эмоциональное отвержение со стороны родителей в семьях основной группы отличалось своей экспрессивностью и большей продолжительностью, что в дальнейшем формировало у больных с суицидальным поведением устойчивой тенденции к ожидаемому эмоциональному отвержению. Кроме того, пациенты основной группы весьма остро и длительно переживали недостаток внимания со стороны родителей, а обследуемые группы сравнения полагали, что могут безболезненно нейтрализовать негативное психологическое состояние посредством употребления психоактивных веществ или участия в азартных играх.

Аналогичные результаты получены по неустойчивому стилю воспитания (16,7% и 11,5%). Отсутствие в семье стабильных теплых эмоциональных отношений, а также неопределенность в воспитательных стратегиях, обуславливали у больных первой группы возникновение психической напряженности, тревожности, неустойчивости настроения с превалированием сниженного.

Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности констатировалось в группах БИЗС и БИЗ в 5,6% и в 7,7% случаях, соответственно. Думается, что и при неустойчивом стиле воспитания, и при воспитании с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности высока вероятность совершения суицидальных действий по детензивной мотивации (снятие психоэмоционального напряжения) [97].

Воспитание по типу «кумир семьи» отмечено у 16,7% пациентов основной группы и у 11,5% больных группы сравнения. В этих семьях поощрялись любые прихоти ребенка, придавалось чрезмерное значение материальным ценностям, вещизму. В случае неудовлетворения какой-либо потребности больные с суицидальным поведением вербализировали угрозы, в том числе суицидального характера, а больные второй группы вступали в конфликт с родителями, становились навязчивыми в отношении реализации потребности.

По всем стилям воспитания достоверных отличий не установлено. В тоже время практически при всех воспитательных стратегиях в основной группе пациентов стили воспитания имели некоторые особенности. На наш взгляд, по своим характеристикам типы воспитания были суицидогенными. Воспитательные мероприятия, осуществляемые родителями, способствовали возникновению и развитию у суицидентов заниженную самооценку, беспомощность, чувства вины, неполноценности, ущербности и никчемности, у этих больных часто настроение было сниженным, что реже наблюдалось в группе сравнения.

Анализировались внутрисемейные отношения между родителями пациентов, между больными с зависимостью от азартных игр и их родителями и между супругами в семьях больных с зависимостью от азартных игр (таблица 54).

Нормальные отношения между родителями больных основной группы встречались реже, чем между родителями больных группы сравнения. Патологические гемблеры основной группы отмечали, что нормальные отношения между родителями носили формальный характер, так как один из показателей нормальных отношений, по их мнению – это внешнее благополучие. Больные не отрицали, что находились в постоянном напряжении в ожидании очередного скандала. Азартные игроки группы сравнения считали, что между родителями действительно имеются искренние и теплые отношения.

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%
<i>Отношения между родителями больных</i>				
нормальные	7	38,9	14	53,8
умеренно конфликтные	7	38,9	11	42,3
резко конфликтные	4	22,2	1	3,8
<i>Отношения между больными и их родителями</i>				
нормальные	6	33,3	15	57,7
умеренно конфликтные	9	50,0	11	42,3
резко конфликтные	3	16,7	0	0,0
<i>Отношения в собственных семьях больных</i>				
нормальные	0	0,0	9	34,6
умеренно конфликтные	4	22,2	5	19,2
резко конфликтные	10	55,6	7	26,9

Прогнозируемая детьми конфликтность подтверждается данными по умеренно конфликтным и резко конфликтным отношениям между родителями больных группы БИЗС (61,1% и 46,1%). Кстати, удельный вес резко конфликтных отношений существенно был выше у родителей аддиктов с суицидальным поведением.

Своеобразные отношения встречались между больными игровой зависимостью с суицидальным поведением и их родителями. Они характеризовались большей конфликтностью. Так, удельный вес конфликтных отношений между больными основной группы и их родителями составил 66,7%, а между больными второй группы и их родителями – 42,3%. При этом резко конфликтные отношения фиксировались лишь между больными с суицидальным поведением и их родителями (16,7%). Думается, что описываемый некоторыми авторами феномен «оперантное научение», с помощью которого объясняются патогенетические механизмы зависимого поведения [31], может быть применен к суицидальному поведению. Следует отметить, что внутрисемейные конфликты являлись триггерным механизмом суицидального поведения у больных группы БИЗС, тогда как у больных группы БИЗ конфликты являлись чаще причиной рецидива заболевания. Наше предположение основано на анализе отношений во время сеансов семейной психотерапии. Родители (обычно матери) больных первой группы в конфликтных ситуациях вербализировали пожелания, направленные на прекращение жизни: «Я от тебя устала, когда все это закончится», «Либо ты меня сведешь в могилу, либо я тебя». У родителей больных группы сравнения содержание посылов было следующим: «Иди, лечись, ты больной», «Все деньги проиграл» и т.д.

Акцепция неконструктивного стиля отношений прослеживалась в собственных семьях больных игровой зависимостью с суицидальным поведени-

ем. Четко просматривался эффект аккумуляции конфликтных отношений. В собственных семьях больных первой группы семейная конфликтность регистрировалась на уровне 77,8%, в собственных семьях второй группы – на уровне 46,1%. Другими словами, во всех диадных сочетаниях удельный вес конфликтных отношений у больных с суицидальным поведением имел тенденцию к росту, у больных без суицидального поведения обнаружена статистическая стагнация.

Следующим этапом было исследование семейного положения больных (рисунок 11).

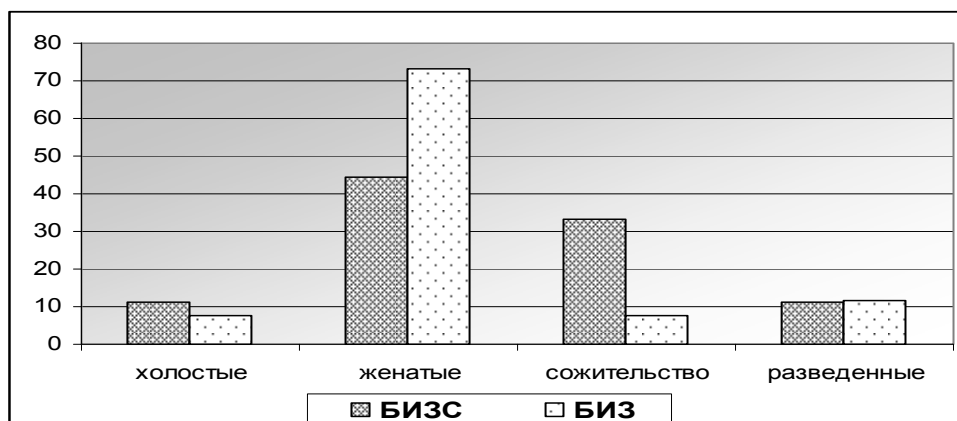


Рисунок 11 Семейное положение больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ)

Наименьшее количество больных обеих групп оставались холостыми (11,1% и 7,7%). Эти больные считали, что еще от жизни не все «взяли», а семейное положение будет лишь их ограничивать в получении «кайфа».

Женатых мужчин было достоверно меньше в группе БИЗС, чем в группе БИЗ (44,4% и 73,1%). Следует отметить, что, несмотря на кажущуюся целостность структуры семьи, между больными и их женами были напряженные конфликтные отношения. Особенно это проявлялось в семьях больных игроманией с суицидальным поведением. Это подтверждается также тем, что удельный вес больных, проживающих в гражданском браке в основной группе, значимо был выше такового группы сравнения (33,3% и 7,7%). Именно, конфликты в семье являлись ведущей причиной ухода больных из дома. В дальнейшем они продолжали сожительствовать с другими женщинами. Все женатые мужчины состояли в единственном официальном браке. Разведенных в первой группе было 11,1%, во второй группе - 11,5%. Возможно, семейное положение является общим предрасполагающим фактором как зависимости от азартных игр, так и суицидального поведения.

При обсуждении социальных детерминант, способствующих возникновению суицидального поведения у больных зависимостью от азартных игр, необходимы исследования материального уровня родительских и собственных семей больных игровой зависимостью (рисунок 12).

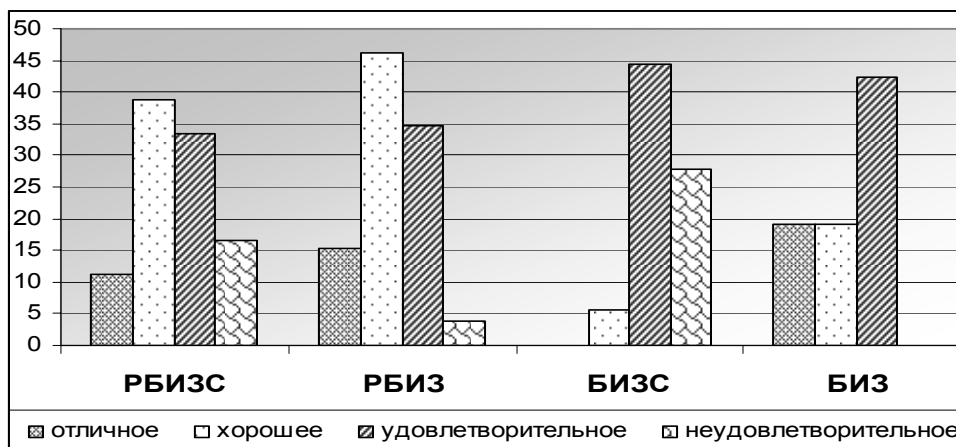


Рисунок 12. Материальное положение в родительских семьях больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (РБИЗС), в родительских семьях больных зависимостью от азартных игр без суицидного поведения (РБИЗ), в семьях больных зависимостью от азартных игр с суицидным поведением (БИЗС), в семьях больных зависимостью от азартных игр без суицидного поведения (БИЗ)

С отличным материальным положением родительских семей пациентов с суицидальным поведением (РБИЗС) было 11,1%, тогда как родительских семей респондентов без суицидального поведения (РБИЗ) - 15,4%. Подавляющее большинство родительских семей больных обеих групп было с хорошим материальным положением (38,9% и 46,2%). Удовлетворительное материальное положение в родительских семьях обеих групп распределилось в равных соотношениях (33,3% и 34,6%).

Количество семей с неудовлетворительным материальным статусом было несколько больше в родительских семьях группы БИЗС (16,7% и 3,8%).

Несмотря на то, что между сравниваемыми семьями не установлены различия, тем не менее, общее количество семей с низким материальным уровнем больше было в родительских семьях группы БИЗС (50,0% и 38,4%). И, наоборот, общее количество семей с высоким материальным уровнем отмечено в родительских семьях группы БИЗ (50,0% и 61,6%).

Показательны данные по материальному уровню собственных семей больных с зависимостью от азартных игр. Так, например, удельный вес семей основной группы больных с отличным положением достоверно реже встречался по сравнению с семьями больных второй группы (0,0% - группа БИЗС и 19,2% - группа БИЗ). Хорошее материальное положение также достоверно реже фиксировалось у больных первой группы (5,6% и 19,2%).

Удовлетворительный материальный уровень чаще констатировался в семьях больных первой группы (44,4% и 42,3%). Выявлены достоверные отличия по неудовлетворительному материальному положению. Если в семьях основной группы пациентов низкий материальный уровень составил 27,8%, то в семьях больных группы сравнения таковой отсутствовал.

Можно предположить, что образ жизни, уровень притязаний, ценност-

ные ориентации аддиктов являются «зеркальным» отражением указанных составляющих родителей. Однако у суицидентов психологические характеристики отражают не только низкую социальную приспособляемость и неэффективное взаимодействие с социумом, но и демонстрируют наличие индивидуальных личностных особенностей саморазрушительного спектра.

Результаты обработки по социальным предикторам суицидального поведения с помощью критерия χ^2 -Пирсона представлены в таблице 55.

Таблица 55

**Результаты статистических данных
по социально-психологическим предикторам суицидального поведения**

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Структура семьи</i>		
полная семья	0,02	0,88
неполная семья (матери)	0,23	0,63
неполная семья (мачехи)	0,13	0,72
<i>Стили воспитания</i>		
гиперпротекция	0,13	0,72
гипопротекция	0,27	0,60
неустойчивый стиль	0,24	0,62
возл. пов. морал. ответственности	0,08	0,78
«кумир» семьи	0,15	0,69
<i>Отношения между родителями</i>		
нормальные	0,95	0,32
умеренно конфликтные	0,05	0,82
резко конфликтные	3,57	0,05
<i>Отношения больных с родителями</i>		
ровные	2,53	0,11
умеренно конфликтные	0,25	0,61
резко конфликтные	4,65	0,03
<i>Отношения в собственных семьях больных</i>		
ровные	7,83	0,005
умеренно конфликтные	0,06	0,80
резко конфликтные	3,68	0,05
<i>Семейное положение</i>		
холостые	0,15	0,69
женатые	3,68	0,05
сожитительство	4,71	0,03
разведенные	0,002	0,96
<i>Материальное положение родительских семей</i>		
отличное	0,17	0,68
хорошее	0,23	0,63
удовлетворительное	0,01	0,93
неудовлетворительное	2,12	0,14
<i>Материальное положение собственных семей больных</i>		
отличное	3,91	0,04
хорошее	3,93	0,049
удовлетворительное	0,02	0,88
неудовлетворительное	8,15	0,004

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$.
Возл. пов. морал. ответственности – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Матери больных с аддиктивными расстройствами

Психопатологическая отягощенность аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимии, депрессии) по первой степени родства фиксировалась лишь во второй группе матерей в 4,0% случаях (рисунок 13).

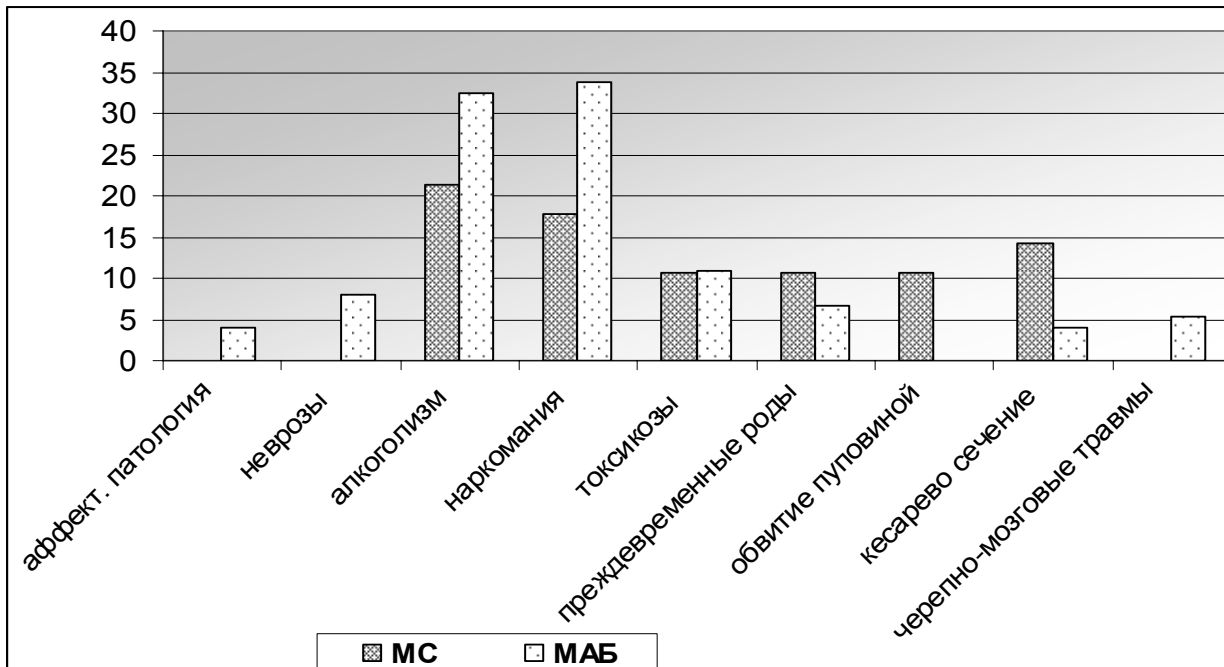


Рисунок 13. Биологические предикторы суицидального поведения у матерей зависимых больных с суицидальным поведением (МС) и у матерей зависимых больных без суицидального поведения (МАБ). Примечание. Аффект. – аффективная патология

Отягощенность невротическими расстройствами по первой степени родства также наблюдалась у МАБ (8,1%). В подавляющем большинстве у родителей обследуемых преобладали невротические реакции и депрессивные неврозы.

Что касается отягощенности алкоголизмом, то она отмечена у 21,4% и 32,4%, а отягощенность наркоманиями - у 17,8% и 33,7%, соответственно.

Таким образом, наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами у матерей группы МС в 1,9 раза была меньше, чем в группе МАБ. Вероятно, созависимость является фоном, на котором развиваются как явные наркологические и психические нарушения (на наш взгляд, суицидальное поведение), так и пограничные и психосоматические расстройства [125].

Матери первой группы отличались от матерей второй группы по показателям патологии беременности и родов у их родителей. В частности, женщин рожденных с диагнозом «обвитие пуповиной» было 10,7%, только в группе МС. Рожденных женщин при помощи «кесарево сечение» также было больше среди матерей первой группы (14,2% и 4,0%).

Показатель «преждевременные роды» у матерей обследуемых первой группы превышал таковой показатель у матерей респондентов второй группы (10,7% и 6,7%). Показатель «токсикозы» первого триместра беременности у матерей обследуемых женщин обеих групп был в равных соотношениях - 10,7% и 10,8%, соответственно.

ЧМТ фиксировались у матерей группы сравнения (5,4%).

Результаты статистической обработки по биологическим предикторам суицидального поведения отражены в таблице 56.

Таблица 56

Результаты статистических данных по биологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
аффективная патология	1,17	0,27
невротические расстройства	8,169	0,004
алкоголизм	1,185	0,27
наркомания	9,99	0,002
токсикозы	0,44	0,50
преждевременные роды	0,42	0,52
обвитие пуповины	8,169	0,004
кесарево сечение	8,170	0,004
черепно-мозговые травмы	1,17	0,27

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

В работах, посвященных изучению личностных факторов риска суицидального поведения, указывают, что важнейшим предрасполагающими факторами являются аномалии характера [68, 107]. Вместе с тем, нельзя не согласиться с мнением В.Д. Москаленко [125], которая считает, что феноменология созависимости соответствует критериям патологического развития личности, которое может быть компенсированным.

В наших исследованиях выявлена сенситивная и истероидная типы акцентуаций, которые достоверно чаще отмечались в группе матерей с суицидальным поведением (таблица 57).

Таблица 57

Особенности личности и поведения у матерей зависимых больных

	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
<i>Акцентуации</i>				
сенситивная	4	14,2	3	4,0
истероидная	12	42,3	8	10,8
всего	12	42,3	11	14,8
<i>Расстройства личности</i>				
эмоционально неустойчивое	0	0,0	14	18,9
всего	0	0,0	14	18,9
<i>Девiantное поведение</i>				
	3	10,7	0	0,0
всего	3	10,7	0	0,0

Что касается расстройства личности как эмоционально неустойчивое, то оно констатировалось в группе сравнения, хотя предполагалось, что психопатия значимо должна быть чаще у матерей с суицидальным поведением.

Результаты статистической обработки по психологическим предикторам суицидального поведения отражены в таблице 58.

Таблица 58

Результаты статистических данных по психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Акцентуации</i>		
сенситивная	8,169	0,004
истероидная	19,06	0,001
<i>Расстройства личности</i>		
эмоционально неустойчивое	3,73	0,05
<i>Девииантное поведение</i>		
	8,169	0,004

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Опрос родителей и других родственников на предмет наличия у них суицидального поведения показал следующее (таблица 59).

Таблица 59

Суицидальное поведение у родственников обследуемых женщин

суицидальное поведение	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
<i>Матери (n=31)</i>				
суицидальные мысли	8	25,8	2	6,5
суицидальные попытки	5	16,1	0	0,0
<i>Отцы (n=22)</i>				
суицидальные мысли	3	13,6	0	0,0
суицидальные попытки	9	40,9	1	4,5
<i>Другие родственники (n=23)</i>				
суицидальные мысли	2	8,7	0	0,0
суицидальные попытки	2	8,7	0	0,0

Установлено преобладание суицидальных мыслей и попыток у родственников матерей группы МС над родственниками женщин группы МАБ (38,1% и 3,9%; $p < 0,05$). Учитывая, доминирование психологических факторов риска суицидального поведения, можно предположить, что влияние образца, каким является суицидальный акт, на обследуемых женщин осуществлялось по психологическим механизмам. Суицидальная активность у родственников матерей основной группы, является не только предиктором суицидальности, но является характерной особенностью этих суицидентов.

Обнаруженные существенные различия по социально-психологическим предикторам, позволяют отнести матерей с суицидальным поведением в отдельную феноменологическую группу.

Подавляющее большинство обследуемых обеих групп воспитывалось в полных семьях (60,7% и 81,1%) (таблица 60).

Таблица 60

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	17	60,7	60	81,1
неполная семья (матери)	8	28,6	14	18,9
неполная семья (мачехи)	3	10,7	0	0,0
всего	28	100,0	74	100,0

Определены следующие особенности функционирования полных семей. Семьи группы матерей с суицидальным поведением отличались дисфункциональностью, которая проявлялась большей конфликтностью. Отцы в этих семьях практически не принимали участия в воспитании обследуемых женщин. Поэтому у них недостаточно были сформированы черты характера, позволяющие правильно и твердо отстаивать свою точку зрения, быть более решительными и уверенными в трудных жизненных ситуациях. Вместо этого женщинам прививалась виктимная модель поведения, заключающаяся в полном подчинении своему будущему супругу, а также в пренебрежении своими потребностями: «Сначала должна думать о муже, детях о себе всегда успеешь позаботиться». В семьях группы сравнения родители допускали варианты достижения своих целей обследуемыми женщинами.

Низкий уровень самостоятельности и выраженность жертвенности поведения четче прослеживался в семьях с искаженной структурой. В неполных семьях (отсутствие отца) достоверно больше воспитывалось матерей группы МС, по сравнению с женщинами группы МАБ.

Семьи, где воспитанием занималась мачеха, также было больше среди женщин основной группы. Кстати, некоторые авторы именно воспитание в семье с искаженной семейной структурой (либо отсутствие одного из родителей, либо воспитанием занимается мачеха или отчим) относят к предикторам суицидального поведения [40, 41].

Патогенные стили воспитания применялись в семьях обеих групп респондентов (92,9% - группа МС и 91,8% - группа МАБ) (рисунок 14). Воспитание по типу «гиперпротекция» отмечалось лишь в семьях матерей с суицидальным поведением (17,8%). Тогда как воспитание по типу «гипопротекция», наоборот, реже наблюдалось в семьях матерей этой группы (21,4% и 87,8%). Полученные данные подтверждают описанное выше наблюдение по подавлению инициативы и поощрению жертвенного стиля поведения у МС.

Неустойчивый стиль воспитания фиксировался в группе матерей с суицидным поведением (10,7%). Со слов обследуемых женщин колебания в

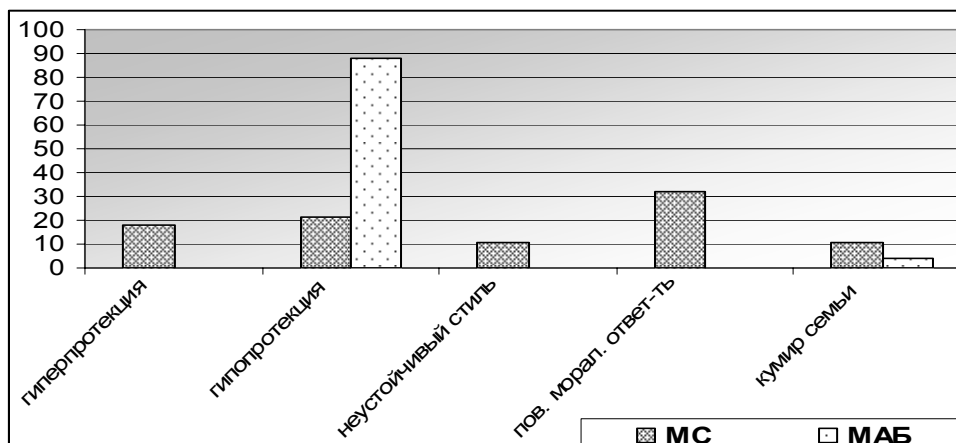


Рисунок 14. Стили воспитания в семьях матерей зависимых больных с суицидальным поведением (МС) и в семьях матерей зависимых больных без суицидального поведения (МАБ)

Примечание. Пов. морал. ответ-ти. – возложение на ребенка повышенной моральной ответственности

воспитательных стратегиях (от заботы до раздражительности, безразличия) зависели от каких-либо внешних причин (например, конфликты на работе). Думается, что стойкие эмоциональные взаимоотношения являются базой формирования у ребенка привязанности и любви к родителям. В свою очередь, недостаточность этих эмоциональных связей приводит к целому ряду нарушений психического здоровья ребенка, которые в соответствии со степенью и стойкостью депривации могут иметь непоправимый характер [34].

Высокодостоверные отличия получены по стилю «воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности», а именно: оно значимо превышало в родительских семьях основной группы лиц (32,1% и 0,0%). Женщины отмечали, что «не видели» детства, т.к. родители возлагали на них ответственность за сохранение благоприятного психологического климата в семье. Обследованные лица постоянно находились в тревожном состоянии, испытывали беспокойство, напряженность. Состояние психического дискомфорта обуславливало возникновение семейных конфликтов.

Воспитание по типу «кумир семьи» фиксировалось в семьях обеих групп респондентов (10,7% и 4,0%).

Отдельного внимания заслуживают вопросы межличностных взаимоотношений в семье (таблица 61).

Нормальные отношения реже наблюдались в родительских семьях первой группы женщин с созависимым поведением, что является подтверждением функционирования патологической семейной системы. Об этом же свидетельствуют данные по умеренно конфликтным и резко конфликтным отношениям, которые чаще встречались в родительских семьях матерей с суицидальным поведением (89,3% и 70,3%). При этом резко конфликтные отношения были именно у матерей основной группы. Конфликты между родителями порождали у респондентов чувство страха, тревоги, стыда и вины за происходящее в семье.

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
<i>Отношения между родителями</i>				
нормальные	3	10,7	18	24,3
умеренно конфликтные	17	60,7	52	70,3
резко конфликтные	8	28,6	4	5,4
<i>Отношения между женщинами и их родителями</i>				
нормальные	8	28,6	57	77,0
умеренно конфликтные	8	28,6	14	18,9
резко конфликтные	12	42,8	3	4,1
<i>Отношения в собственных семьях матерей</i>				
нормальные	2	7,1	48	64,8
умеренно конфликтные	3	10,7	5	6,7
резко конфликтные	9	32,1	8	10,8

Непродуктивный, на наш взгляд, суицидогенный образец взаимоотношений родители экстраполируют на своих детей, что демонстрируется результатами по конфликтным отношениям между обследуемыми и их родителями. Это показатель значимо был выше в основной группе (71,4% и 23,0%). Суицидогенность этих отношений заключалась в том, что матери с суицидальным поведением чаще, чем матери группы сравнения после конфликтов наиболее остро и длительно переживали чувство вины, стыда, угрызения совести, у них снижалось настроение, нарушался сон и аппетит. Кроме того, респонденты первой группы не отрицали, что родители (чаще отцы) применяли к ним различные виды агрессии: вербальную (оскорбления, унижения) и физическую. Быть жертвой насилия или быть только его свидетелем (например, видеть либо знать, что отец избивает мать) по отрицательным последствиям одинаково [125].

Напряженность в отношениях сохраняется и в собственных семьях опрашиваемых лиц, причем конфликтность также достоверно чаще отмечается в семьях с суицидальным поведением (42,8% и 17,5%). Иными словами, группа матерей с суицидальным поведением принципиально отличается от группы матерей без суицидального поведения конфликтными отношениями в семье. При этом внутрисемейная конфликтность прослеживается во всех диадных сочетаниях. Суицидогенность конфликтности подтверждается возникновением расстройств депрессивного спектра у данного контингента.

Обнаружены особенности по семейному статусу матерей (рисунок 15). Достоверно меньшее количество матерей первой группы (50,0%), по сравнению с женщинами второй группы (82,4%) являлись на момент осмотра замужними. В повторном браке находились матери основной группы (10,7%).

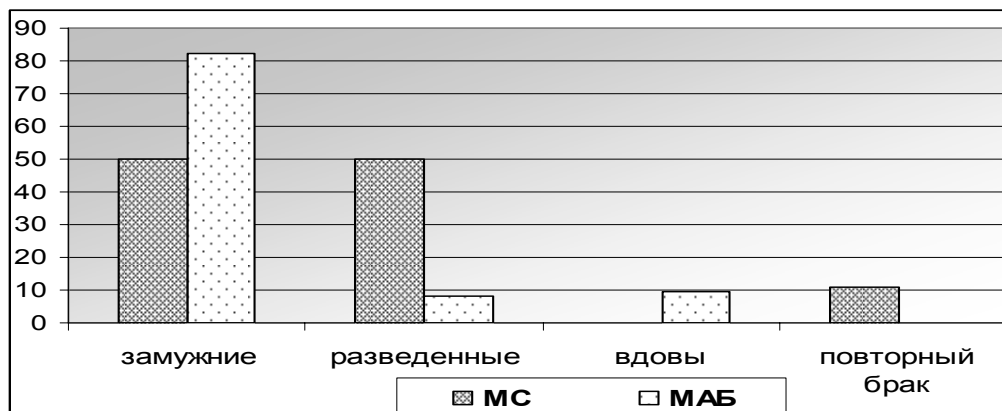


Рисунок 15. Семейное положение матерей зависимых больных с суицидальным поведением (MC) и матерей зависимых больных без суицидального поведения (МАБ)

Обращает на себя внимание высокий удельный вес разведенных женщин группы MC (50,0%); в группе МАБ их было 8,1%. В качестве основных причин развода обследуемые матери основной группы выделяли: конфликтность, отсутствие доверительных взаимоотношений между супругами.

Предполагаемое доминирование вдов основной группы над вдовами группы сравнения не подтвердилось. Более того, наоборот, вдовы регистрировались лишь в группе матерей без суицидов (9,5%).

Неизменными в своей качественной характеристике остаются данные численности самоубийств, связанные с социо-экономическими факторами.

В родительских семьях матерей группы MC отличное материальное положение установлено в 17,8% случаях и в 33,7% родительских семей матерей группы МАБ. При этом различия были достоверными (рис. 16).

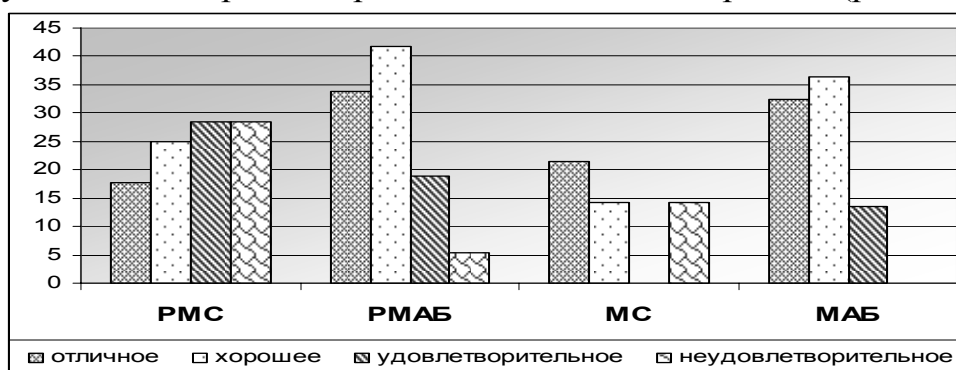


Рисунок 16. Материальное положение в родительских семьях матерей больных с суицидами (PMS) и в родительских семьях матерей больных без такового (PMAB), в собственных семьях матерей больных с суицидами (MC) и в собственных семьях матерей больных без такового (МАБ)

Хорошее материальное положение меньше выявлялось в родительских семьях женщин с суицидами (25,0% и 41,9%). Удовлетворительное материальное положение больше было в группе PMS (28,5% и 18,9%). Имеются различия по неудовлетворительному статусу (28,4% и 5,4%).

В собственных семьях матерей-суицидентов отличное материальное положение отмечено в 21,4%, в группе сравнения - в 32,4%. Хорошее

материальное положение в группе МС было существенно меньше (14,2% и 36,4%). Показательны значения по удовлетворительному материальному положению, которое фиксировалось только в группе МАБ (13,5%). Неудовлетворительное положение констатировалось лишь в группе МС (14,2%).

Материальный статус родительских и собственных семей матерей с суицидальным поведением был ниже материального статуса родительских и собственных семей матерей без суицидального поведения.

Матери с суицидальным поведением отличаются от матерей без суицидов по социально-психологическим характеристикам (таблица 62).

Таблица 62

Социально-психологические предикторы суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
Структура семьи		
полная семья	0,717	0,39
неполная семья (матери)	10,5	0,001
неполная семья (мачехи)	8,169	0,004
Стили воспитания		
гиперпротекция	13,89	0,001
гипопротекция	20,98	0,001
неустойчивый стиль	8,169	0,004
возл. пов. морал. ответственности	26,09	0,001
«кумир» семьи	0,44	0,50
Отношения между родителями		
нормальные	0,98	0,32
умеренно конфликтные	0,19	0,71
резко конфликтные	5,15	0,023
Отношения обследуемых женщин с родителями		
нормальные	8,46	0,004
умеренно конфликтные	0,017	0,89
резко конфликтные	35,94	0,001
Отношения в собственных семьях матерей		
нормальные	4,74	0,029
умеренно конфликтные	0,44	0,54
резко конфликтные	15,39	0,001
Семейное положение		
замужние	7,019	0,008
разведенные	22,78	0,001
вдовы	1,98	0,15
повторный брак	8,169	0,004
Материальное положение родительских семей		
отличное	9,99	0,002
хорошее	1,43	0,23
удовлетворительное	10,5	0,001
неудовлетворительное	4,52	0,03
Материальное положение собственных семей матерей		
отличное	1,185	0,27
хорошее	0,48	0,48
удовлетворительное	10,98	0,002
неудовлетворительное	8,170	0,004

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

Возл. пов. морал. ответственности – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Жены больных с аддиктивными расстройствами

Наследственная отягощенность шизофренией по линии матери установлена у 6,9% жен-суицидентов и 2,7% у жен без суицидального поведения (рисунок 17).

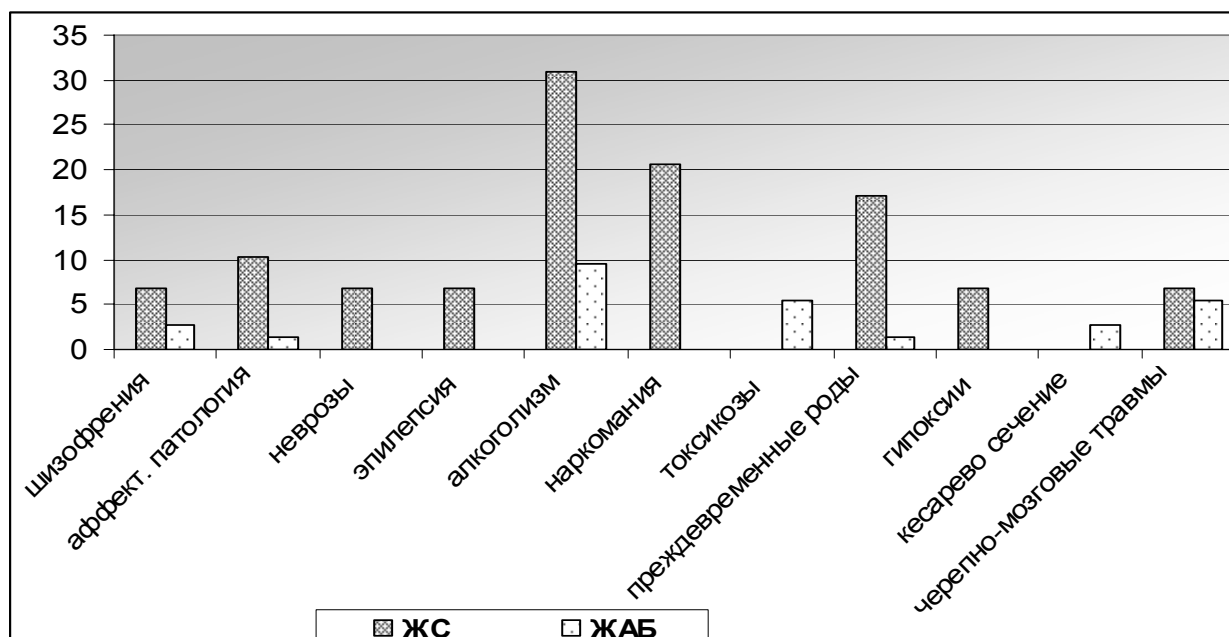


Рисунок 17. Биологические предикторы суицидального поведения у жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и у жен зависимых больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Примечание. Аффект. – аффективная патология

Выявлена психопатологическая отягощенность аффективной патологией, она была больше у жен группы ЖС (10,3% и 1,3%). Как и у аддиктивных суицидентов, отягощенность шизофренией и аффективной патологией у лиц с созависимым поведением является специфическим предиктором суицидальности.

Пограничные психические расстройства в виде невротических реакций, фобического и депрессивного неврозов отмечены у матерей жен группы ЖС (6,9%). Можно предположить, что имеющаяся отягощенность неврозами обуславливала формирование у жен слабого типа высшей нервной деятельности с низкой фрустрационной толерантностью. Низкая фрустрационная толерантность является предрасполагающим фактором суицидального поведения. Большинство суицидентов – это невротики с «раненной» уже с детства личностью, когда их «Я» не могло полностью развиваться. Личность такого человека по причине постоянных, друг за другом следующих неудач приходит, как ей кажется к состоянию безысходности, а суицид в данном случае «решает» возникшие проблемы.

У жен группы ЖС обнаружена отягощенность эпилепсией (6,9%).

Обращает на себя внимание удельный вес отягощенности алкогольной зависимостью – 41,3% и 12,3%. Отягощенность алкоголизмом по линии отца

существенна была выше у жен первой группы (31,0% и 9,5%), по линии других родственников этот показатель не различался (10,3% и 2,7%; $p \geq 0,05$).

Наследственная отягощенность наркоманиями по линии отца была у жен основной группы (20,6% и 0,0%), и как видно, отличия достоверные. Другими словами, наркологическая отягощенность является предиктором суицидального поведения не только у аддиктов, но и у близкого окружения.

Иллюстративны показатели «преждевременные роды» (17,2% и 1,3%) и «гипоксия плода» (6,9% и 0,0%), которые достоверно были выше у матерей обследуемых женщин первой группы. Н.В. Малютина [113] исследуя феномен нежелательности ребенка и влияние его на формирование суицидального поведения у детей и подростков, обнаружила, что у большинства матерей были проблемы с нормальным протеканием беременности и родами (рождение ребенка раньше срока, роды с асфиксией, кесарево сечение). Автор пришла к выводу о влиянии субъективных причин на жизнь плода и появлении его на свет. С этим мнением можно согласиться, несмотря на его некоторую умозрительность. В частности, жены основной группы сообщали, и в последствие это подтверждалось их матерями, что они являлись нежеланными детьми. Со слов матерей обследуемых женщин период беременности сопровождался неприятным психологическим состоянием, они были ранимы, раздражительны, плаксивы. Отрицательное отношение к будущему ребенку подкреплялось их мужьями, которые не проявляли к ним заботу и соучастие. Часть мужей откровенно выражали недовольства по незапланируемому рождению детей. Следует подчеркнуть, что выявленные особенности чаще регистрировались у жен с суицидальным поведением. Показатели «токсикозы» (5,4%) и «кесарево сечение» (2,7%), отмечались у матерей женщин группы сравнения. Не выявлено отличий по ЧМТ (6,9% и 5,4%).

Результаты статистической обработки по биологическим предикторам суицидального поведения приведены в таблице 63.

Таблица 63

Результаты статистических данных по биологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
шизофрения	0,952	0,32
аффективная патология	4,43	0,03
невротические расстройства	5,135	0,02
эпилепсия	5,135	0,02
алкоголизм	8,61	0,003
наркомания	16,04	0,00
токсикозы	1,654	0,98
преждевременные роды	13,23	0,00
гипоксия	5,135	0,02
кесарево сечение	0,810	0,35
черепно-мозговые травмы	0,075	0,78

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.

Акцентуации, психопатии и особенности поведения отражены в таблице 64.

Таблица 64

Особенности личности и поведения у жен зависимых больных

	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
<i>Акцентуации</i>				
гипертимная	0	0,0	2	2,7
циклоидная	3	10,3	0	0,0
лабильная	0	0,0	6	8,2
сенситивная	0	0,0	2	2,7
психастеническая	0	0,0	2	2,7
истероидная	5	17,2	3	4,1
всего	8	27,5	15	20,4
<i>Расстройства личности</i>				
эмоционально неустойчивое	11	37,9	4	5,4
смешанные	2	6,9	2	2,7
всего	13	44,8	6	8,1
<i>Девиантное поведение</i>				
всего	2	6,9	0	0,0
<i>Невротические расстройства</i>				
всего	4	13,7	2	2,7

Существенные различия получены по циклоидной и истероидной акцентуациям. Обе акцентуации могут быть отнесены к предикторам суицидального поведения в виду их достоверного превышения у жен первой группы. Кстати, А.Е. Личко [107] выделяет циклоидную акцентуацию как суицидогенную.

Важным считаем отметить, и тем самым подчеркнуть специфичность группы суицидентов с созависимым поведением, факт достоверного превышения расстройств личности у жен основной группы (44,8% и 8,1%; $p < 0,05$). По разновидностям психопатии также преобладали у жен с суицидальным поведением. Различия были достоверны по эмоционально неустойчивому расстройству личности с преобладанием его у жен первой группы. А смешанные расстройства личности обнаружены в 6,9% и 2,7%. В равной степени встречались черты шизоидности, неустойчивости, демонстративности и эксплозивности.

Девиантное поведение наблюдалось лишь у жен с суицидальным поведением. Другими словами, девиантное поведение можно отнести к прогностическим признакам суицидальности у жен аддиктивных больных.

Невротические расстройства включали фобии, тревогу, навязчивые мысли, логоневроз, астеническую симптоматику. Обнаруживалось обострение соматических заболеваний, перепады артериального давления (АД), снижение аппетита, вегетативные кризы. Полученные факты позволяют нами отнести невротические расстройства к предикторам суицидального пове-

дения, так как изначально сенситивная к стрессам или фрустрациям психика является, по сути, провоцирующим фактором суицидального поведения.

Результаты по психологическим предикторам суицидального поведения отражены в таблице 65.

Таблица 65

Результаты статистических данных по психологическим предикторам суицидального поведения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Акцентуации</i>		
гипертимная	0,810	0,36
циклоидная	7,781	0,005
лабильная	2,533	0,11
сенситивная	0,810	0,36
психастеническая	0,810	0,36
истероидная	6,829	0,009
<i>Психопатии</i>		
возбудимая	20,49	0,00
смешанные	0,952	0,32
<i>Девiantное поведение</i>		
	5,135	0,02
<i>Невротические расстройства</i>		
	4,580	0,03

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Проведен опрос родителей и других родственников (дяди, тети, братья, сестры) на предмет наличия у них суицидальных действий (таблица 66).

Таблица 66

Суицидальное поведение у родственников обследуемых жен

суицидальное поведение	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
<i>Матери (n=44)</i>				
суицидальные мысли	13	29,5	3	6,8
суицидальные попытки	9	20,4	3	6,8
<i>Отцы (n=33)</i>				
суицидальные мысли	5	15,1	2	6,0
суицидальные попытки	7	21,2	0	0,0
<i>Другие родственники (n=29)</i>				
суицидальные мысли	4	13,7	1	3,4
суицидальные попытки	1	3,4	0	0,0

Как видно из таблицы 66, достоверно чаще суицидальное поведение констатировалось у родственников жен основной группы (36,7% и 8,4%; $p < 0,05$). При этом суицидальные мысли и попытки наблюдались лишь у матерей обследуемых женщин. Вероятно, это связано с большей эмоциональностью и восприимчивостью женщин к психотравмирующим ситуациям. Следует отметить, что самоубийства чаще фиксировались у лиц, в семьях

которых совершались суицидальные попытки или завершённые суициды [225, 229].

Изучалась связь суицидального поведения с социальными и психологическими характеристиками. Подавляющее большинство обследуемых обеих групп воспитывалось в полных семьях (82,8% и 89,0%) (таблица 67).

Таблица 67

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	24	82,8	65	89,0
неполная семья (матери)	5	17,2	8	11,0
всего	29	100,0	73	100,0

Однако, как и в семьях обследуемых раннее матерей, данные семьи отличались конфликтностью, особенно это было выражено в семьях жен с суицидальным поведением. Можно предположить, что дисфункциональные семьи являются почвой для развития суицидного поведения и других проблем, в возникновении которых важны травматические события детства. Более того, известно, что феномен дисфункциональности встречается в полных семьях [124].

Дисфункциональность семей жен с суицидальным поведением подтверждается превалированием среди них неполных семей. Вместе с тем, в семьях основной группы жен, их матери выражали сожаление по поводу развода, так как считали, что сохранение семьи, несмотря на сложившуюся ситуацию, является одной из важных задач женщины. Соблюдение этого принципа семейной жизни позволяет, по мнению матерей женщин группы ЖС, избежать «позорного» статуса «матери-одиночки». В семьях жен группы сравнения развод рассматривался как неблагоприятное стечение обстоятельств, а в ряде случаев - необходимая мера. То есть в семьях жен с суицидальным поведением прослеживается «закладка» паттернов виктимного поведения.

Патогенные стили воспитания применялись в семьях обеих групп жен с преобладанием их в группе ЖС (92,8% и 87,4%) (рисунок 18).

Воспитание по типу «гиперпротекция» достоверно реже отмечалось в родительских семьях жен группы ЖС (20,6%) по сравнению с родительскими семьями жен группы ЖАБ (43,8%). При реализации в воспитании повышенной требовательности формируются устойчивые суицидальные тенденции [113].

«Гипопротекция» в семьях жен наблюдалась у 20,6% и 19,1%.

Обращает на себя внимание воспитание «эмоциональное отвержение», которое фиксировалось лишь в группе ЖС (10,3%). Они считали, что отвержение их родителями способствовало возникновению психологической

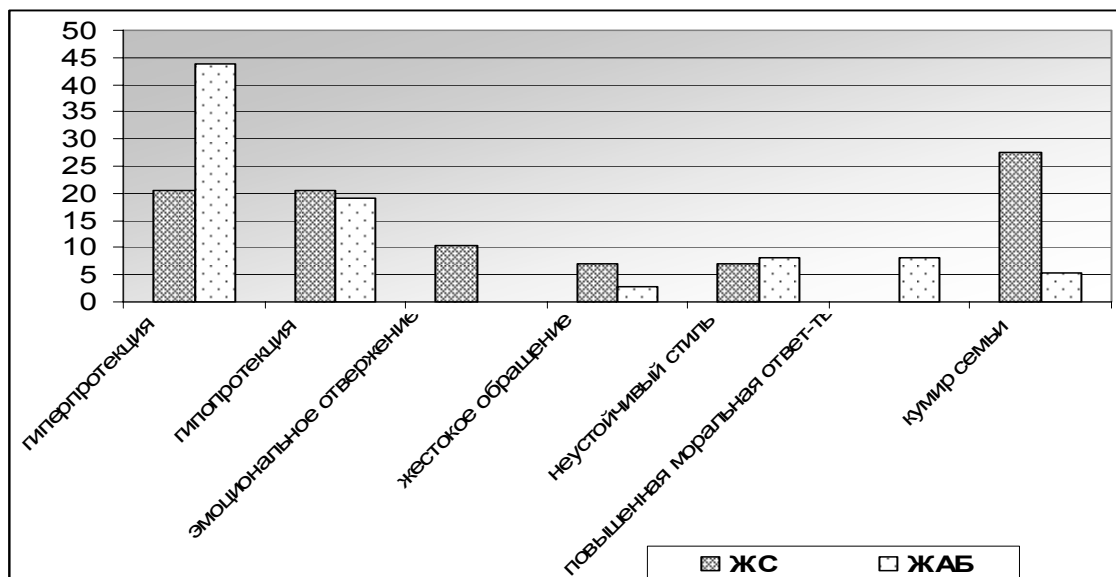


Рисунок 18. Стили воспитания в семьях жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и в семьях жен зависимых больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Примечание. Ответ-ть. – возложение на ребенка повышенной моральной ответственности

неудовлетворенности в эмоциональной привязанности, любви, безопасности. Это сопровождалось ощущениями своей ненужности родителям, у жен с суицидальным поведением снижалось настроение, возникало желание уйти из дома.

В семьях сравниваемых групп выявлено жестокое обращение, включающее вербальную (оскорбления, унижения, постоянные придирки) и физическую (побои, избиения) агрессию (6,9% и 2,7%). В семьях, где имеется насилие в любых его проявлениях, выше риск самоубийства и суицидальных попыток [94].

Неустойчивый стиль воспитания в группе женщин с суицидальным поведением встречался реже (6,9% и 8,2%). Со слов женщин первой группы взаимоотношения с родителями характеризовались непредсказуемостью. Это сопровождалось состоянием тревожности и напряженности.

Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности установлено в родительских семьях группы сравнения (8,2%).

Высокодостоверные отличия получены по воспитанию «кумир семьи», оно значимо было выше в семьях женщин с суицидальным поведением (27,5% и 5,4%). Жены основной группы полагали, что родители им многое позволяли, оберегали от каких-либо неприятностей, часто хвалили. Вместе с тем, обследуемые считали, что это воспитание не выработало в них упорство в достижении цели, умений постоять за себя и за свои интересы, что вероятно, обуславливало формирование у них низкой стрессоустойчивости.

При рассмотрении социальных детерминант, способствующих возникновению суицидального поведения, подчеркивается факт нарушенных внутрисемейных отношений [120].

Нормальные отношения достоверно реже наблюдались в родительских семьях женщин с суицидальным поведением (таблица 68).

Таблица 68

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
Отношения между родителями				
нормальные	11	37,9	46	63,0
умеренно конфликтные	11	37,9	26	35,6
резко конфликтные	7	24,2	1	1,4
Отношения между обследуемыми женщинами и их родителями				
нормальные	9	31,0	33	45,2
умеренно конфликтные	16	55,1	38	52,0
резко конфликтные	4	13,7	2	2,7
Отношения в собственных семьях жен				
нормальные	6	20,6	32	43,8
умеренно конфликтные	11	37,9	38	52,0
резко конфликтные	6	20,6	0	0,0

Полученные факты являются подтверждением наличия феномена дисфункциональности в семьях с суицидальным поведением.

Одновременно конфликтные отношения, особенно резко конфликтные в родительских семьях жен первой группы констатировались у подавляющего большинства, и они значимо были больше в этих семьях (62,1% и 37,0%). Конфликты между родителями порождали у респондентов выраженные чувства тревоги, стыда и вины за происходящее в семье, ощущение «лишнего» в семье, снижения настроения. Негативное психоэмоциональное состояние способствовало актуализации суицидальных мыслей. Думается, что суицидальное поведение возникало по патогенетическому механизму реактивного импринтинга.

Непродуктивный, а точнее суицидогенный стиль взаимоотношений проявлялся в отношениях обследуемых жен со своими родителями. Нормальные отношения между респондентами и их родителями были меньше в первой группе, по сравнению с аналогичным показателем во второй группе. В то время как конфликтные отношения констатировались в 68,8% и 54,7% случаях.

Собственные семьи жен сами по себе являются дисфункциональными. Однако семьи жен с суицидальным поведением принципиально отличаются от семей жен без суицидального поведения имеющейся повышенной внутрисемейной конфликтностью. При этом именно в этих семьях конфликтность является первопричиной возникновения аффективных нарушений депрессивного спектра с последующей актуализацией суицидального поведения. Так, «нормальные отношения» между супругами достоверно меньше

констатировались в собственных семьях жен с суицидальным поведением. А внутрисемейная конфликтность, как и в предыдущих диадных сочетаниях, существенно была выше в семьях первой группы жен. Что особенно поражает, так это весьма высокий удельный вес резко конфликтных отношений, обнаруженный лишь в семьях основной группы жен.

Анализируя характер внутрисемейных отношений, нами установлены следующие особенности, характерные для жен с суицидальным поведением. Во-первых, просматривается «закладка» паттернов конфликтных отношений, так как конфликтность наблюдается в последующих поколениях. Во-вторых, женщины данной стиль отношений используют в собственных семьях. В-третьих, обнаружены общие статистические тенденции: достоверные отличия по резко конфликтным отношениям между всеми участниками семейной системы.

Меньшее количество жен основной группы (79,3%), по сравнению с женами второй группы (95,8%) являлись на момент осмотра замужними (рис. 19).

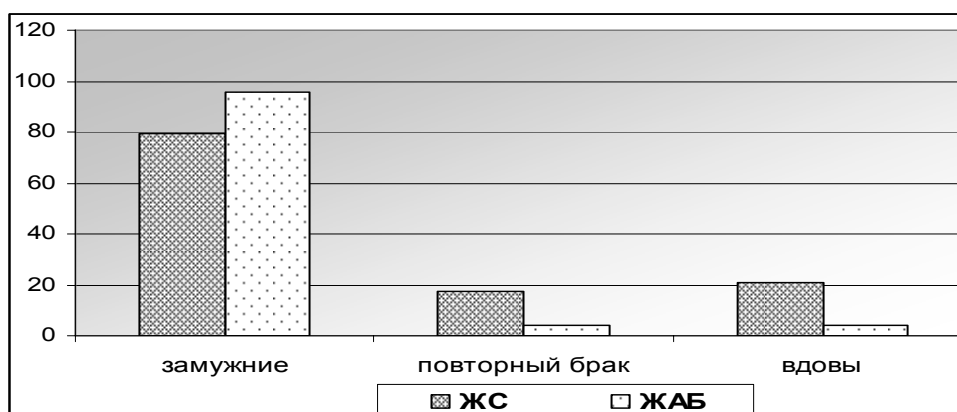


Рисунок 19. Семейное положение жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и жен зависимых больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Чаще жены первой группы выражали неудовлетворенность браком. Об этом же свидетельствуют данные по количеству жен, находящихся в повторном браке. Представителей группы ЖС было 17,2%, в группе ЖАБ – 4,1%.

Отличия получены по показателю «вдовство» (20,6% и 4,1%).

Проводилась оценка материального статуса семей жен (рисунок 20).

Обращает на себя внимание отсутствие отличного материального положения в родительских семьях жен с суицидальным поведением, оно было в родительских семьях жен без суицидального поведения (9,5%).

Хорошее положение меньше выявлялось в родительских семьях группы ЖС (41,3% и 61,6%). Значимые отличия получены по удовлетворительному материальному положению: удельный вес родительских семей группы ЖС составил 48,2%, родительских семей женщин второй группы – 27,4%.

Установлены различия по неудовлетворительному материальному статусу в сторону большего его преобладания в родительских семьях жен

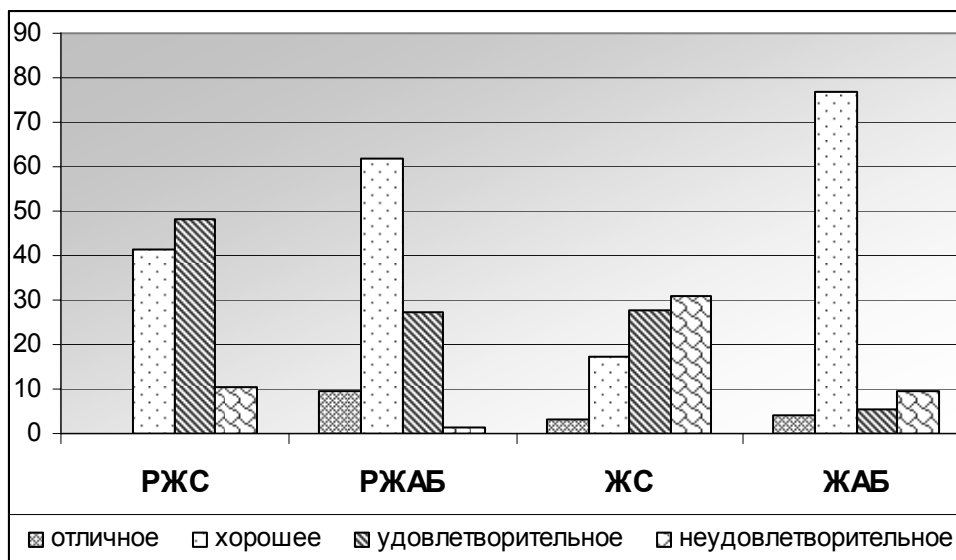


Рисунок 20. Материальное положение в родительских семьях жен зависимых больных с суицидальным поведением (РЖС) и в родительских семьях жен зависимых больных без суицидального поведения (РЖАБ), в собственных семьях жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и в собственных семьях жен зависимых больных без суицидального поведения (ЖАБ)

основной группы (10,3% и 1,3%). То есть, материальный статус родительских семей жен с суицидальным поведением был ниже родительских семей жен без суицидального поведения.

Обнаруженный низкий материальный статус в собственных семьях жен основной группы, с одной стороны является предиктором суицидального поведения, с другой стороны свидетельствует о неспособности жен этой группы к эффективному взаимодействию с социумом, несформированности навыков в успешном использовании психологических и материальных возможностей в достижении поставленных целей и удовлетворении потребностей. Отличное материальное положение отмечено в 3,4% случаях, в семьях группы сравнения – в 4,1%. Существенные отличия получены по показателю «хорошее» положение, оно было меньше в группе жен с суицидальным поведением (17,2%), чем в группе жен без суицидального поведения (76,7%). Удовлетворительное материальное положение, наоборот, чаще фиксировалось в основной группе жен (27,5%), по сравнению с группой жен без суицидальных форм поведения (5,4%).

Высокие значения обнаружены по неудовлетворительному материальному положению. Как и предполагалось, этот статус преобладал в группе жен с суицидальным поведением (31,0%), в семьях жен без суицидального поведения он выявлен в 9,5% случаях.

Результаты обработки по социально-психологическим предикторам суицидального поведения у жен аддиктов представлены в таблице 69.

**Результаты статистических данных
по социально-психологическим предикторам суицидального поведения**

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Структура семьи</i>		
полная семья	0,737	0,39
неполная семья (матери)	0,737	0,39
<i>Стили воспитания</i>		
гиперпротекция	4,757	0,02
гипопротекция	0,30	0,86
эмоциональное отвержение	7,781	0,005
жестокое обращение	0,952	0,32
неустойчивый стиль	0,050	0,82
воз. повышенной моральной отв-ти	2,533	0,11
«кумир» семьи	9,77	0,002
<i>Отношения между родителями</i>		
нормальные	5,296	0,02
умеренно конфликтные	0,123	0,72
резко конфликтные	17,06	0,00
<i>Отношения между обследуемыми женщинами и их родителями</i>		
нормальные	1,721	0,19
умеренно конфликтные	0,081	0,77
резко конфликтные	4,580	0,03
<i>Отношения в собственных семьях жен</i>		
нормальные	4,757	0,02
умеренно конфликтные	1,659	0,19
резко конфликтные	16,04	0,00
<i>Семейное положение</i>		
замужние	0,244	0,41
повторный брак	6,829	0,009
вдовы	7,092	0,008
<i>Материальное положение родительских семей</i>		
отличное	2,530	0,11
хорошее	2,994	0,07
удовлетворительное	4,697	0,03
неудовлетворительное	4,43	0,03
<i>Материальное положение собственных семей жен</i>		
отличное	0,033	0,84
хорошее	30,53	0,00
удовлетворительное	9,77	0,002
неудовлетворительное	8,613	0,003

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$;

Воз. повышенной моральной отв-ти – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности

Таким образом, больные с аддиктивными расстройствами и их родственники с созависимым поведением с суицидальной активностью – это особая категория обследуемых, склонных к суицидам. При наличии соответствующей предрасположенности и под воздействием неблагоприятных социальных условий, у этих лиц формируются специфические формы суицидального поведения.

Для аддиктов и лиц с созависимым поведением суицидологического профиля характерны определенные изменения эмоциональной сферы, обуславливающая низкую эффективность межличностного взаимодействия, которая приводит к психосоциальной дезадаптации. У них наблюдается высокая частота конфликтности, свидетельствующая о проблемности и личностной дефицитности, трудности эмоционального самовыражения. Специфическим для аддиктов и родственников с созависимым поведением суицидологического профиля является высокая эмоциональная напряженность в связи с неудовлетворенностью одной из базовых потребностей (в теплых эмоциональных отношениях, любви, в самореализации и достижении целей). В неопределенных или стрессовых ситуациях аддикты и ближайшие родственники с суицидальным поведением склонны переживать эмоции депрессивного спектра, неприятные субъективные ощущения напряжения и ожидания неблагоприятного развития событий.

Сочетание установленных биологических, социальных, и психологических предикторов суицидального поведения составляют некий фон для суицидальной доминанты, обеспечивающей латентное течение суицидального процесса до его манифестации.

Высокопрогностическим признаком суицидальности являлось наличие суицидальных тенденций у родителей и других родственников обследуемых.

Биологическими предикторами суицидального поведения являются:

у больных с аддиктивными расстройствами:

- психопатологическая отягощенность шизофренией, аффективной патологией, алкоголизмом, наркоманией и зависимостью от азартных игр (последняя - только больные игровой зависимостью).

у родственников с созависимым поведением:

- психопатологическая отягощенность шизофренией, аффективной патологией, алкоголизмом, наркоманией и эпилепсией (жены аддиктов);

К социально-психологическим предикторам относятся:

у больных с аддиктивными расстройствами:

- расстройства личности истерического, эмоционально неустойчивого и смешанного типа;

- невротические расстройства, девиантное, делинквентное и антисоциальное поведение;

- ранний возраст (13 лет) приобщения к психоактивным веществам и азартным играм;

- донозологическое употребление препаратов конопли (больные опийной наркоманией и с зависимостью от азартных игр).

- воспитание неполной семье и в учреждениях интернатного типа;

- патогенные стили воспитания: эмоциональное отвержение, гиперпротекция и жесткий стиль;

- внутрисемейная конфликтность;
- низкий материальный статус и социальная депривация.

у родственников с созависимым поведением:

- сенситивная, истероидная и циклоидная акцентуации личности;
- эмоционально неустойчивое расстройство личности;
- невротические расстройства и девиантное поведение;
- воспитание неполной семье;
- патогенные стили воспитания: эмоциональное отвержение, гиперпротекция; возложение на ребенка повышенной моральной ответственности;
- развод, повторные браки;
- внутрисемейная конфликтность;
- низкий материальный статус и социальная депривация.

Определение предикторов суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников необходимо для прогнозирования суицидоопасных состояний и возможного их предупреждения.

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ИХ РОДСТВЕННИКОВ С СОЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Следует отметить, что анализ клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей аддиктивных расстройств и психических нарушений у родственников с созависимым поведением, а также оценка соматовегетативного и психического статусов больных и близкого окружения проводилась на всех этапах реализации лечебно-реабилитационных мероприятий. В данной главе представлены результаты, выполненные на этапе первичного осмотра обследованных с подробным анализом сведений из медицинской документации. Разрабатываемые многими авторами проблемы аддикций и феномена созависимости лишь отчасти освещают некоторые из них, в большинстве случаев ограничиваясь вопросами экстренной психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи. Недостаточно изучены клинические особенности суицидального поведения у аддиктов и у родственников.

Больные алкогольной зависимостью

Известно, что симптомы, характеризующие первую стадию алкоголизма, никакого прямого отношения к синдрому зависимости от алкоголя не имеют. Поэтому всю описанную симптоматику в рамках указанной стадии можно квалифицировать как преклинический этап заболевания. В этой связи в расчет периода злоупотребления алкоголем до формирования синдрома отмены включалась первая стадия с соответствующими синдромами: измененной реактивности, психической зависимостью и постинтоксикационным синдромом [77].

Установленные отличия по длительности периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС подтверждают выдвинутое нами концептуальное положение о специфичности группы аддиктивных суицидентов.

У больных группы БАС особенностью являлось относительно раннее формирование ААС. Достоверно больше было пациентов из группы БАС по срокам формирования ААС менее одного года (таблица 70).

Таблица 70

Длительность периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС

длительность	I группа (БАС)		II группа (БА)	
	абс.	%	абс.	%
менее 12 месяцев	4	10,0	0	0,0
1 – 3 года	23	57,5	10	23,1
4 – 6 лет	10	25,0	34	47,9
7 – 9 лет	3	7,5	26	36,6
10 лет и более	0	0,0	1	1,4
всего	40	100,0	71	100,0

Самый высокий показатель по длительности периода злоупотребления алкоголем до формирования ААС обнаружен в группе алкогольных суицидентов во временном интервале от 1-го года до 3-х лет – 57,5%, в группе сравнения данный показатель составил 23,1%. Начиная с периода от 4 до 6 лет и далее, наблюдалась обратная динамика. Другими словами, в периоды от 4 до 6 лет, от 7 до 9 лет, 10 лет и более количество больных первой группы было меньше (32,5% и 85,9%). Кстати, полученные значения опережают аналогичные данные других авторов. Так, например, сроки формирования ААС у алкогольных аддиктов с суицидальным поведением до шести лет по собственным данным составили 92,5%, у БА - 71,0%, а по данным А.Г. Врублевского [42] - 74,6%, И.Г. Уракова и В.В. Куликова [173] - 63,0%.

По прогрессивности алкоголизма установлены отличия (рисунок 21).

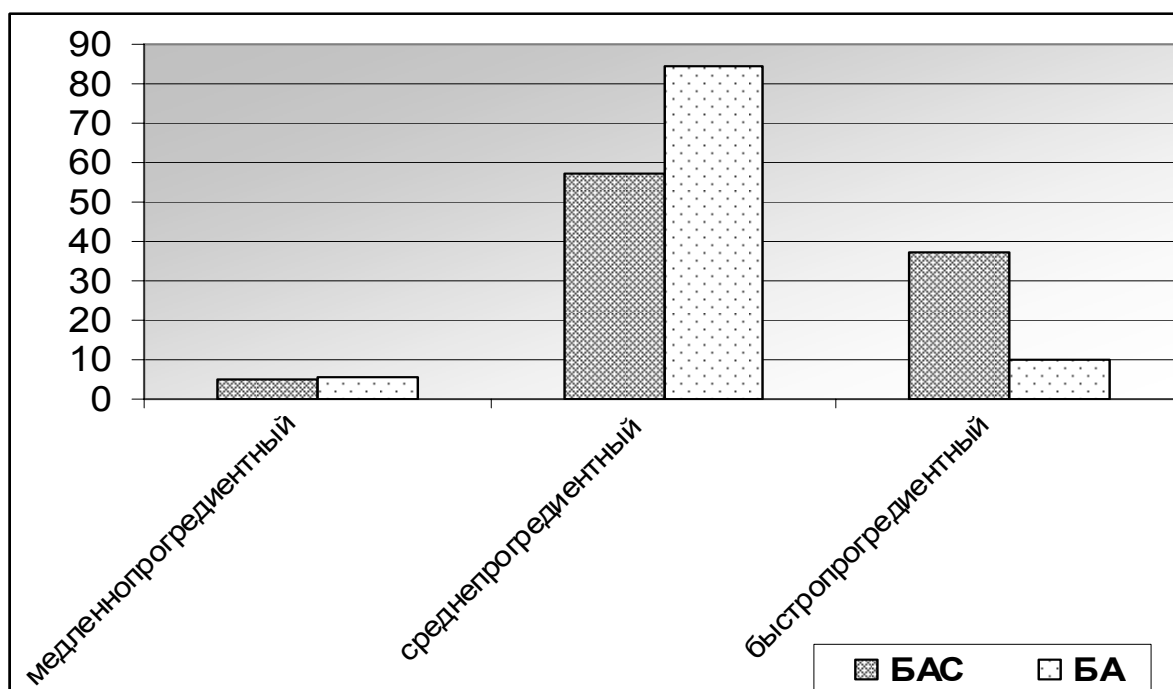


Рисунок 21. Темп прогрессивности алкогольной зависимости у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

У наименьшего количества больных алкоголизмом фиксировался медленнопрогрессирующий темп течения (5,0% - группа БАС и 5,6% - группа БА).

Клинический патоморфоз алкогольной аддикции при сочетании с суицидальным поведением проявляется утяжелением клиники алкоголизма. Об этом свидетельствуют показатели по среднепрогрессирующему и быстропрогрессирующему темпу течения. Среднепрогрессирующий темп течения достоверно реже констатировался в основной группе больных (57,5% и 84,5%), а быстропрогрессирующий темп течения, наоборот, в этой группе встречался чаще (37,5% и 9,9%). Злокачественное течение алкоголизма ($p < 0,02$) у алкогольных суицидентов отмечали и другие отечественные авторы [187].

Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени (F10.03), проявляющаяся резкой заторможенностью, аффективной угнетенностью, мозжеч-

ковой атаксией, адинамией, амимией достоверно чаще отмечалась у 11 больных с суицидальным поведением, что составляет 27,5%. В группе больных без суицидального поведения интоксикация тяжелой степени фиксировалась у пяти человек (7,0%). Следует отметить, что в указанное количество пациентов вошли те, у которых тяжелая интоксикация отмечалась многократно.

В наших исследованиях острое отравление этанолом (алкогольная кома без летального исхода) достоверно чаще фиксировалось у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (17,5% и 4,2%).

Безусловно, состояние алкогольной интоксикации обостряет и растормаживает психические влечения. Однако ургентные состояния обнаруживались именно у больных алкоголизмом с суицидальным поведением. Можно предположить, основываясь на материалах исследования, что у больных алкоголизмом основной группы алкоголь является пусковым механизмом активации суицидальной доминанты с последующей актуализацией суицидальных тенденций.

У больных алкоголизмом с суицидальным поведением определены формы злоупотребления алкоголем (рисунок 22).

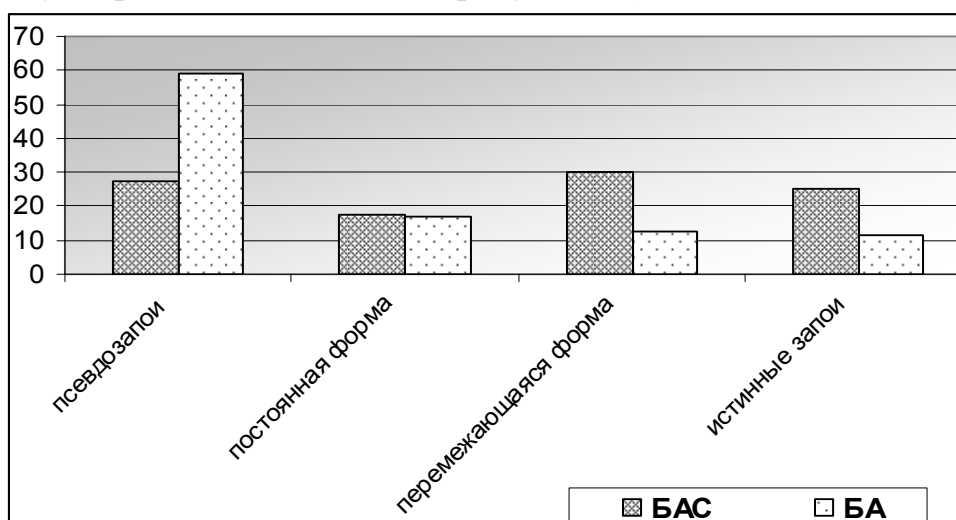


Рисунок 22. Измененные форм злоупотребления алкоголем у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

На момент обследования в группе БАС значительно меньше было лиц с псевдозапойной формой злоупотребления алкоголем (27,5% и 59,2%).

В обеих группах начало алкогольного эксцесса и его обрыв были связаны с внешними причинами. Вместе с тем, для обследуемых с суицидальным поведением внешние причины носили негативную окраску (конфликты в семье, отсутствие финансов), тогда как для больных группы сравнения алкоголизация была обусловлена позитивными событиями (конец рабочей недели, получение зарплаты, в том числе нелегальной).

Что касается формы употребления алкоголя по типу «перемежающегося» пьянства, то она существенно доминировала в основной группе больных

алкогольной зависимостью (30,0% и 12,7%). Истинные запои также чаще отмечались в группе больных с суицидальным поведением (25,0% и 11,3%).

В практически равных соотношениях встречалась постоянное пьянство на фоне высокой толерантности (17,5% и 16,9%).

С одной стороны, указанные формы злоупотребления алкоголем являются неотъемлемой составляющей синдромологии алкогольной зависимости. С другой стороны, выявлено статистическое преобладание некоторых измененных форм потребления алкоголя у больных с суицидальным поведением. Употребление алкоголя по типу «перемежающегося» пьянства и истинные запои свидетельствуют о более тяжелом течении алкоголизма у алкогольных суицидентов. Хотя эти измененные формы потребления алкоголя, как правило, чаще встречаются на третьей стадии алкоголизма.

Изучение структуры соматических расстройств у больных алкоголизмом обеих групп, представленных в таблице 71, показало разную распространенность и нозологическую принадлежность этих заболеваний.

Таблица 71

Структура соматических расстройств у больных алкоголизмом

соматические заболевания	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
гипертоническая болезнь	11	27,5	4	5,6
ишемическая болезнь сердца	7	17,5	3	4,2
туберкулез легких	2	5,0	2	2,8
панкреатиты	2	5,0	16	22,5
язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки	8	20,0	3	4,2
гепатит	8	20,0	27	38,0
всего	38	95,0	55	77,3

Важно отметить, что в группе больных алкоголизмом с суицидальным поведением значимо доминировали психосоматические расстройства (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки). Выявленная особенность заключается в том, что в генезе этих психосоматических заболеваний ведущая роль отводится аффективной психопатологической детерминанте. Обострение соматических расстройств у больных основной группы происходило после каких-либо фрустрирующих, психотравмирующих событий. То есть группа больных с суицидальным поведением отличалась низкой фрустрационной толерантностью.

Наблюдаемые больные в подавляющем большинстве случаев обращались в наркологический стационар в состоянии выраженного алкогольного абстинентного синдрома. Клинические наблюдения позволили установить различные сроки длительности (в днях) ААС у данного контингента лиц. Длительность синдрома отмены достоверно была больше в группе БАС – от

2 до 11 дней, в среднем – 4,5 дня, по сравнению с группой БА – от 2 до 9 дней, в среднем 3,2 дня.

Суицидальное поведение утяжеляет течение алкогольной зависимости, об этом свидетельствуют данные по степени тяжести ААС (рис. 23).

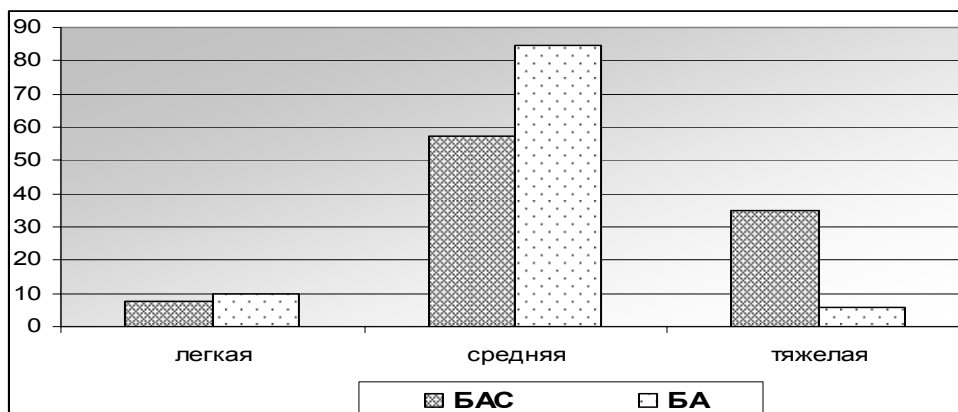


Рисунок 23. Степень тяжести алкогольного абстинентного синдрома у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Так средняя степень ААС значимо была меньше в группе больных с суицидальным поведением (57,5% и 84,5%). Тяжелая степень алкогольного синдрома отмены явно доминировала в группе больных с суицидальным поведением (35,0% и 5,6%) и как видно, удельный вес лиц с тяжелой степенью алкогольного абстинентного синдрома был весьма значимый. Легкая степень ААС обнаружена у незначительного количества больных алкогольной зависимостью (7,5% и 9,9%).

Спонтанные ремиссии имели место у 32,5% и 38,5%; терапевтические - у 40,0% и 35,2%; вынужденные - у 27,5% и 26,8% больных (рисунок 24).

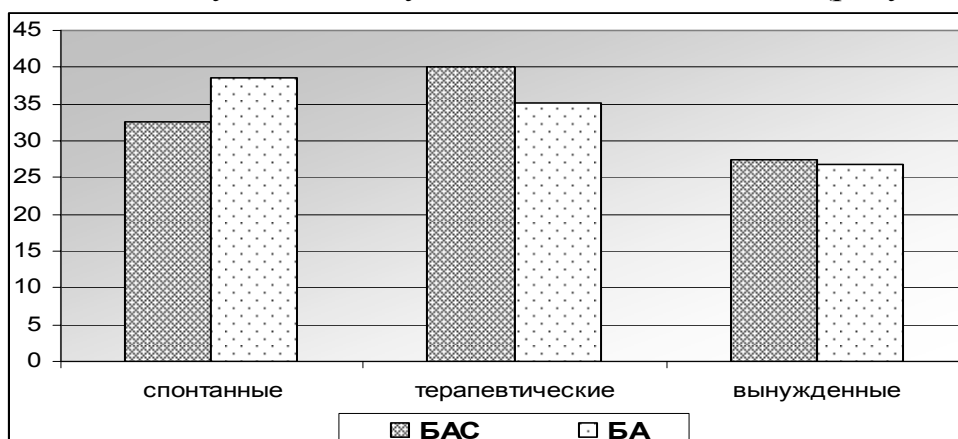


Рисунок 24. Клиническая характеристика ремиссий у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Во всех группах терапевтические ремиссии нередко сопровождались короткими срывами» (2-4 дневным употреблением алкоголя) и рецидивами заболевания. По мнению А.М. Ludwig [20], формированию ремиссии способствуют не только помощь близких родственников, но и такие психологи-

ческие факторы, как чрезвычайные события в жизни больного, его «протестная реакция при личном унижении».

Обработка данных по клиническим особенностям отражена в табл. 72.

Таблица 72

Результаты статистических данных по некоторым клиническим характеристикам

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Период злоупотребления алкоголем до формирования ААС</i>		
менее 12 месяцев	19,51	0,001
1 – 3 года	23,08	0,001
4 – 6 лет	5,601	0,01
7 – 9 лет	11,24	0,001
10 лет и более	0,568	0,45
<i>Продолжительность алкогольной зависимости</i>		
продолжительность заболевания	1,255	0,26
<i>Темп прогрессивности алкогольной зависимости</i>		
медленнопрогрессирующий	0,021	0,88
среднепрогрессирующий	9,893	0,001
быстропрогрессирующий	12,31	0,004
<i>Тяжелое алкогольное опьянение и острое алкогольное отравление</i>		
алкогольное опьянение III степени	8,679	0,003
острое алкогольное отравление	5,5	0,02
<i>Измененные формы злоупотребления алкоголем</i>		
псевдозапой	10,28	0,001
постоянная форма	0,165	0,68
тип «перемежающееся пьянство»	5,005	0,02
истинные запои	3,551	0,05
общая доза алкоголя	2,375	0,12
<i>Соматические заболевания</i>		
гипертоническая болезнь	10,46	0,001
ишемическая болезнь сердца	5,5	0,02
туберкулез легких	0,351	0,55
панкреатиты	5,791	0,01
язвенная болезнь	7,131	0,008
гепатит	3,851	0,04
длительность ААС	26,12	0,006
<i>Степень тяжести алкогольного абстинентного синдрома</i>		
легкая	0,761	0,68
средняя	9,893	0,001
тяжелая	9,073	0,001
<i>Характер ремиссии</i>		
спонтанные	0,339	0,561
терапевтические	0,251	0,61
вынужденные	0,007	0,93

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

ААС и период ремиссии у аддиктов с суицидами характеризовались определенными симптомами. По большинству показателей различий нет, вероятно, связано с корректным подбором исследуемых групп (табл. 73).

Структура соматовегетативных симптомов у больных алкоголизмом

симптомы	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71		I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ААС</i>				<i>Ремиссия</i>			
головные боли	35	87,5	57	80,3	29	72,5	49	76,1
головокружение	32	80,0	48	67,6	0	0,0	0	0,0
боли в мышцах	5	12,5	5	7,0	0	0,0	0	0,0
боли в сердце	13	32,5	8	11,3	12	30,0	5	7,0
рвота	17	42,5	33	46,5	0	0,0	0	0,0
диарея	3	7,5	8	8,5	0	0,0	0	0,0
боли в животе	21	52,5	29	40,8	17	42,5	24	33,8
анорексия	13	32,5	8	11,3	11	27,5	5	7,0
перепады АД	12	30,0	5	7,0	17	42,5	4	5,6
одутловатость лица	35	87,5	57	80,3	0	0,0	0	0,0
гиперемия лица	7	17,5	16	22,5	0	0,0	0	0,0
гипергидроз	28	70,0	44	62,0	16	40,0	16	22,5
инъекция склер	5	12,5	21	29,6	0	0,0	0	0,0
озноб	8	20,0	12	16,9	0	0,0	0	0,0
тремор	32	80,0	40	56,3	13	32,5	22	31,0
тахикардия	13	32,5	11	15,5	7	17,5	3	4,2
гиперстезия	15	37,5	40	56,3	8	20,0	27	38,0

Тем не менее, в структуре абстинентного синдрома установлены достоверные отличия в сторону преобладания их в группе больных алкоголизмом с суицидальным поведением по следующим симптомам: боли в сердце (32,5% и 11,3%), анорексия (32,5% и 11,3%), перепады артериального давления (30,0% и 7,0%), тремор (80,0% и 56,3%), тахикардия (32,5% и 15,5%).

Аналогичные результаты с незначительными изменениями были получены при анализе периода ремиссии, то есть все перечисленные симптомы достоверно чаще встречались в основной группе больных: боли в сердце (30,0% и 7,0%), анорексия (27,5% и 7,0%), перепады АД (42,5% и 5,6%), гипергидроз (40,0% и 22,5%), тахикардия (17,5% и 4,2%). Иными словами, симптомы, характеризующие деятельность сердечно-сосудистой системы значимо превышали в группе больных с суицидальным поведением во всех фазах алкогольной зависимости. Эти факты лишь подтверждают ранее выдвинутое предположение о психогенности соматических нарушений и некой клинической самостоятельности аддиктивных суицидентов. Более того, 42,5% больных из первой группы и 22,5% пациентов из второй группы ($p < 0,02$) считали, что причинами срыва являлись конфликты на бытовой и семейной почве. Совершенно очевидно, что здесь задача специалиста в своевременной диагностике коморбидной соматической патологии, особенно у больных с суицидальным поведением, чрезвычайно актуальна, ибо без ее выявления и лечения бессмысленны попытки прекратить алкоголизацию. Так как она, с одной стороны, обладая определенными психотропными эффектами, позволяет смягчить как соматические расстройства, так и лежащую

глубже психопатологическую симптоматику. С другой стороны, именно алкоголь чаще всего способствует актуализации суицидальных тенденций. Поэтому диагностика соматических расстройств должна проводиться не обособленно, а в совокупности с возможными действенными психическими факторами, включая и связь с суицидальным поведением. К сожалению, нежелание, а нередко и неспособность некоторых психиатров-наркологов прилагать усилия к диагностике психической патологии у аддиктивных пациентов – вполне прогнозируемый результат непродуманного и искусственного отрыва наркологии от психиатрии [137].

Структура психических нарушений в структуре абстинентного синдрома и ремиссии отражена в таблице 74.

Таблица 74

Структура психических нарушений у больных алкоголизмом

синдромы	I группа (БАС)		II группа (БА)		I группа (БАС)		II группа (БА)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ААС</i>				<i>Ремиссия</i>			
астено-депрессивный	17	42,5	24	33,8	24	60,0	29	40,8
тревожно-депрессивный	11	27,5	42	59,2	9	22,5	32	45,1
эксплозивный	12	30,0	5	7,0	7	17,5	10	14,1
всего	40	100,0	71	100,0	40	100,0	71	100,0

Как видно из таблицы 74 ведущим был астено-депрессивный синдром. При этом он превалировал в группе больных алкоголизмом с суицидальным поведением, как в абстинентный период, так и на разных сроках ремиссии. Увеличение доли пациентов с астено-депрессивным синдромом в период ремиссии произошло за счет трансформации тревожно-депрессивного и дисфорического синдрома. В клинической картине отмечались повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания. Аффективные расстройства в виде эмоциональной неустойчивости, повышенной ранимости и обидчивости на фоне пониженного настроения и отсутствия радости жизни выступали на втором плане. При химических зависимостях свойства астенического синдрома заключаются не в чувстве усталости, которая не осознается, а в чувстве скуки; среда, окружающий мир не интересуют, не представляют собой ценность, создается ощущение серости во всем, вызывающее состояние неудовлетворенности, отсутствуют жизненность, тонус жизни [135].

Тревожно-депрессивный синдром отчетливо проявлялся у больных группы сравнения. Они предъявляли жалобы на внутреннюю напряженность, тревогу, на ощущения связанные с предстоящим ожиданием каких-либо неприятных событий. Кроме того, пациенты выражали беспокойство по поводу страхов (страх инфаркта, страх смерти). Тревожное состояние сопровождалось болевыми и неприятными ощущениями в области сердца. Выраженность симптоматики констатировалась в вечернее время, что обуслови-

вало у них формирование диссомнических расстройств (трудности засыпания, частые пробуждения в течение ночи). В группе сравнения больные испытывали чувство вины за создавшуюся ситуацию, идеи вины за невнимание к своему здоровью и за предыдущие отказы от госпитализации.

Больных алкоголизмом с суицидальным поведением с эксплозивным синдромом было достоверно больше при ААС. Эксплозивный синдром был представлен раздражительностью, взрывчатостью, аффективной возбудимостью, снижением волевого контроля с импульсивностью поведения на фоне выраженных астенических проявлений, гиперестезии, незначительным снижением интеллектуально-мнестических функций (таблица 75).

Таблица 75

Соматовегетативные и психические нарушения в структуре ААС и ремиссии

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Соматовегетативные симптомы в структуре ААС</i>		
головные боли	0,939	0,33
головокружение	1,962	0,16
боли в мышцах	0,93	0,33
боли в сердце	7,519	0,006
рвота	0,164	0,68
диарея	0,031	0,86
боли в животе	1,404	0,23
анорексия	7,519	0,006
перепады АД	10,39	0,001
одутловатость лица	0,939	0,33
гиперемия лица	0,395	0,52
гипергидроз	0,723	0,39
инъекция склер	4,161	0,04
озноб	0,166	0,68
тремор	6,285	0,01
тахикардия	4,366	0,03
гиперстезия	3,632	0,05
<i>Соматовегетативные симптомы в ремиссии</i>		
головные боли	1,084	0,58
боли в сердце	10,39	0,001
боли в животе	0,831	0,36
анорексия	19,51	0,003
перепады АД	27,58	0,0001
гипергидроз	3,803	0,05
тремор	0,339	0,561
тахикардия	5,5	0,02
гиперстезия	3,851	0,04
<i>Психические нарушения в структуре ААС</i>		
астено-депрессивный синдром	0,831	0,362
тревожно-депрессивный синдром	10,28	0,01
эксплозивный синдром	10,39	0,001
<i>Психические нарушения в ремиссии</i>		
астено-депрессивный синдром	3,76	0,05
тревожно-депрессивный синдром	5,595	0,01
эксплозивный синдром	0,481	0,48

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Взгляды клиницистов и психологов на сущность понятия патологического влечения к психоактивным веществам значительно расходятся. С позиции психиатрии, патологическое влечение к алкоголю (ПВА) – это психическая патология «продуктивного» характера [7], в виду того, что структура синдрома патологического влечения близка к бредовым или к сверхценным образованиям [79]. Психологи рассматривают патологическое влечение к алкоголю как попытку бегства от проблем. В случае, когда этот способ бегства не оправдывает себя, может появиться тенденция к самоубийству [49]. Влечение к алкоголю как психологический феномен рассматривается J. Staehelin [7]. Он разделяет злоупотребляющих алкоголем на «пьяниц ради наслаждения», «ради облегчения», «ради оглушения»; последняя разновидность состоит из лиц, которые стремятся забыться, достигнуть «эквивалента смерти». За ПВА как за самоубийством стоят сильные суицидальные тенденции. Больные алкоголизмом, как и самоубийцы, отвергают свою жизнь в той форме, в какой она протекает. Когда более мягкие способы саморазрушения уже недостаточны для преодоления чувства вины, появляется возможность для манифестации аутоагрессии.

Анализ литературы свидетельствует, что вопросы клиники, особенностей течения алкоголизма у больных с суицидальным поведением остаются актуальными и не до конца изученными.

Под патологическим влечением к алкоголю понимается имеющая доминирующий характер и возникающая в трезвом состоянии и вне рамок абстинентного синдрома потребность приводить себя в состояние алкогольного опьянения с целью устранения психического и соматовегетативного дискомфорта или достижения эйфоризирующего эффекта. Эта потребность превалирует над другими нормативными человеческими стремлениями, обуславливая в итоге паттерны патологического поведения [50]. Безусловно, купирование ПВА не только способствует профилактике рецидивов алкоголизма, но и повышает качество ремиссий, обеспечивает их стабилизацию, а, следовательно, и дезактуализирует суицидальные тенденции.

Следует отметить, что квантификация компонентов патологического влечения к алкоголю проводилась в соответствии с оценочным глоссарием, разработанным В.Б. Альтшулером [7] (таблица 76).

В целом аффективный компонент ПВА регистрировался у 87,5% больных алкоголизмом с суицидальным поведением и у 84,4% больных алкоголизмом без суицидального поведения. Однако в основной группе больных обнаружены следующие особенности ПВА. В частности аффективный компонент был представлен расстройствами средней и тяжелой степени выраженности.

Депрессия средней степени (два балла) выраженности достоверно чаще фиксировалась в группе БАС, в то время как депрессия легкой степени

Таблица 76

Результаты психопатологического исследования ПВА у больных алкоголизмом

№	компоненты патологического влечения к алкоголю	баллы	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
			абс.	%	абс.	%
Аффективный компонент						
<i>1. Депрессивная симптоматика</i>						
а)	пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость	1	9	22,5	32	45,1
б)	необщительность, отсутствие интересов, жалобы на скуку, однообразии жизни, бездеятельность, медлительность, вялость, фиксация на жизненных невзгодах и понесенных обидах	2	17	42,5	16	22,5
в)	подавленность, жалобы на плохое настроение, на безразличие к окружающему и утрату эмоциональных контактов; нежелание чем-либо заниматься, стремление залеживаться в постели, неряшливость	3	12	30,0	17	23,9
<i>2. Тревога</i>						
а)	озабоченность по различным конкретным поводам	1	7	17,5	29	40,8
б)	мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего, неуверенность в собственных силах	2	10	25,0	27	38,0
в)	напряженное ожидание надвигающегося «срыва», ощущение беспомощности; больной не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив	3	16	40,0	7	9,9
<i>3. Эмоциональная лабильность</i>						
а)	слезы и омраченность только при обсуждении неприятных для больного вопросов. Перепады настроения незначительны и непродолжительны	1	17	42,5	41	57,7
б)	взволнованность и слезы в течение всей беседы и некоторое время после нее	2	0	0,0	5	7,0
в)	обидчивость, слезливость, капризность, в течение всего дня	3	16	40,0	7	9,9
<i>4. Дисфория</i>						
а)	недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение	1	12	30,0	35	49,3
б)	напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности	2	15	37,5	14	19,7
в)	подавленность, напряженность, взрывчатость, агрессивность	3	9	22,5	10	14,1
Вегетативный компонент						
<i>1. Алкогольные сновидения, нарушения сна</i>						
а)	спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой; возможны трудности при его воспроизведении	1	11	27,5	42	59,2
б)	яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление; оживление мимических реакций при воспроизведении сновидения	2	6	15,0	12	16,9
в)	яркие будоражащие алкогольные сновидения, поверхностный сон, частые просыпания	3	8	20,0	9	12,7
<i>2. Мимические реакции</i>						
а)	есть	1	20	50,0	41	57,7
б)	нет	0	20	50,0	30	42,3
<i>3. Изменение аппетита</i>						
а)	неустойчивость аппетита	1	8	20,0	15	21,1
б)	стойкое снижение или повышение аппетита	2	21	52,5	47	66,2
в)	анорексия, булимия, жажда	3	11	27,5	5	7,0

Идеаторный компонент						
1.	эпизодически возникающие мысли (воспоминания) о спиртном; формальная критика к болезни; сомнения в необходимости лечения	1	25	62,5	47	66,2
2.	частые возвращения к мыслям о спиртном; частичная критика к болезни, мнение о нецелесообразности дальнейшего лечения	2	3	7,5	15	21,1
3.	постоянные размышления о спиртном; отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности бессмысленности лечения	3	10	25,0	5	7,0
Поведенческий компонент						
1.	Смакование алкогольной тематики в беседах. Гиперактивность и хлопотливость как отвлечься от мыслей о спиртном. Просьбы о дополнительном лечении. Горячность, показной пафос в осуждении пьянства. Несобранность, забывчивость, непоседливость	1	14	35,0	50	70,4
2.	Стремление уклониться от лечения. Недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы. Изменение круга общения – предпочтение тех из больных, которые не настроены на лечение. Непоследовательность и переменчивость в повседневных делах. Суетливость, рассеянность. Больной не сразу включается в беседу, медленно осмысливает вопросы	2	12	30,0	9	12,7
3.	Враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость. Попытки принять спиртное, «эксперименты» с алкоголем. Жалобы на тягу к спиртному	3	10	25,0	0	0,0

(один балл) – в группе БА. К сожалению, в практике присутствует некоторая недооценка роли депрессии в клинике алкогольной зависимости и в происхождении ПВА. Хотя доказанным считается, что сочетание алкоголизма с депрессией имеет ряд негативных последствий: возрастает риск рецидивов злоупотребления алкоголем; частота и длительность госпитализаций; снижается терапевтическая эффективность психотропных средств; усугубляются нарушения социальной и семейной адаптации.

Что касается тревоги, то в первой группе больных алкоголизмом достоверно чаще доминировали выраженные тревожные расстройства (40,0% и 9,9%). Легкая тревога, наоборот, реже выявлялась в первой группе больных. Поскольку тревога – психофизиологический феномен, ее роль в возникновении и развитии суицидального поведения весьма значительна. Кстати, о высокой тревожности и глубокой депрессии у больных алкоголизмом с суицидальным поведением упоминается в исследованиях М.С. Уманского [172].

Иллюстративны показатели по эмоциональной лабильности. Так, например, легкая и средняя степени выраженности эмоциональной лабильности были меньше в основной группе. Тогда как эмоциональная лабильность выраженной степени (три балла) в первой группы больных значительно превышала аналогичный показатель второй группы.

Показатели по дисфории также подтверждают выраженность аффективных расстройств в основной группе больных. Так, дисфория легкой степени (один балл) существенно меньше была в основной группе, а дисфория средней степени (два балла) в этой группе была больше.

У больных с суицидальным поведением обнаружено превалирование выраженных расстройств по вегетативному компоненту ПВА, тем самым иллюстрируется клиническая самостоятельность феномена патологического влечения к алкоголю в группе суицидентов. С вегетативным компонентом ПВА удельный вес аддиктов составил 32,8% и 35,3%.

Удельный вес алкогольных сновидений и нарушений сна средней и тяжелой степени у больных основной группы составил 35,0%, у больных группы сравнения – 29,6%. При этом расстройства легкой степени достоверно реже проявлялись в группе алкогольных суицидентов. Больные основной группы сообщали, что содержание снов не доставляло удовольствие, больные отмечали, что постоянно «видят себя умирающими» или «разговаривают с умершими людьми (родственники, собутыльники)», сон чередовался частыми пробуждениями. После пробуждения у них снижалось настроение, учащалось сердцебиение, отмечалась повышенная потливость кожных покровов, возникали чувства подавленности, угнетенности.

По показателям «Наличие мимических реакций», «Нет мимических реакций» между группами достоверных отличий не обнаружено.

Ожидаемых различий по расстройствам пищевого поведения легкой и средней степени тяжести не получено. Однако по таким расстройствам как анорексия, булимия, жажда (три балла) группа больных с суицидальным поведением значимо превышала группу больных без суицидального поведения.

Особенность больных с аддиктивными расстройствами заключается в том, что у них имеющаяся дефицитарность когнитивных процессов препятствует эффективному подходу к изучению проблемы, ее правильной, адекватной оценке, продуктивному поиску информации о проблеме, выбору конструктивного варианта ее решения. Идеаторный компонент ПВА у алкогольных суицидентов усугублялся тем, что помимо характерной искаженной, однобокой оценке событий и получаемой информации, у них отмечалась неспособность правильного анализа ситуации, склонность к принятию импульсивных, в том числе суицидальных решений. Следует отметить, что по идеаторному компоненту достоверная разница наблюдалась по его резко выраженным составляющим (постоянные размышления о спиртном, суицидальном феномене как таковом; отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности бессмысленности лечения) с доминированием в группе БАС. Данный компонент констатировался у 31,6% пациентов с суицидальным поведением и у 31,4% пациентов без суицидального поведения.

Весьма показательны данные по поведенческому компоненту ПВА. Так, например, расстройства поведения легкой степени выраженности у больных с суицидальными тенденциями встречались достоверно реже, по сравнению с больными без суицидального поведения. В то время как нарушения поведения (средняя степень), наоборот, существенно доминировали у больных группы БАС. А тяжелые поведенческие нарушения отмечались только в группе больных с суицидальным поведением. Удельный вес поведенческого компонента ПВА у больных группы БАС составил 30,0%, а у больных группы БА – 27,7%.

Таким образом, синдром ПВА у аддиктов с суицидальным поведением отличался, прежде всего, качественными характеристиками.

Статистическая обработка данных с расчетом достоверности различий компонентов ПВА у больных сравниваемых групп отражена в таблице 77.

Таблица 77

Результаты статистических данных в отношении компонентов ПВА в сравниваемых группах больных алкоголизмом

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Аффективный компонент</i>		
депрессия – 1 балл	5,595	0,01
депрессия – 2 балла	4,881	0,02
депрессия – 3 балла	0,486	0,48
тревога – 1 балл	6,363	0,01
тревога – 2 балла	1,954	0,16
тревога – 3 балла	14,14	0,002
эмоциональн. лабильность – 1 балл	2,383	0,12
эмоциональн. лабильность – 2 балла	3,573	0,167
эмоциональн. лабильность – 3 балла	14,14	0,002
дисфория – 1 балл	3,902	0,048
дисфория – 2 балла	4,191	0,04
дисфория – 3 балла	1,277	0,25
<i>Вегетативный компонент</i>		
алкогольные сновидения – 1 балл	10,28	0,001
алкогольные сновидения – 2 балла	0,068	0,794
алкогольные сновидения – 3 балла	1,058	0,303
мимические реакции – 1 балл	0,621	0,43
мимические реакции – 0 баллов	1,402	0,23
изменение аппетита – 1 балл	0,019	0,88
изменение аппетита – 2 балла	2,022	0,15
изменение аппетита – 3 балла	8,679	0,003
<i>Идеаторный компонент</i>		
мысли о спиртном – 1 балл	0,153	0,69
мысли о спиртном – 2 балла	3,496	0,06
мысли о спиртном – 3 балла	7,059	0,007
<i>Поведенческий компонент</i>		
нарушения поведения – 1 балл	13,15	0,003
нарушения поведения - 2 балла	5,005	0,02
нарушения поведения - 3 балла	19,51	0,0001

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.
Эмоциональн. лабильность - эмоциональная лабильность

Алкоголизм в сочетании с суицидальным поведением характеризовался определенной частотой возникновения психотических расстройств (в основном – алкогольный делирий). У больных основной группы достоверно чаще отмечались как единичные (30,0% и 11,3%), так и многократные (более двух) (20,0% и 4,2%) психозы. В клинической картине делириозного сознания наблюдалась эндоформная симптоматика с бредовыми идеями ревности и самообвинениями.

Нами установлены различия по формированию изменений личности и социально-психологической дезадаптации (таблица 78).

Таблица 78

Характеристика медико-социальных последствий алкоголизма

длительность	I группа (БАС) n=40		II группа (БА) n=71	
	абс.	%	абс.	%
<i>Психопатоподобные расстройства</i>				
эгоцентризм	3	7,5	5	7,0
лживость	25	62,5	32	45,1
циничность	5	12,5	18	25,4
вспыльчивость	14	35,0	8	11,3
жестокость	6	15,0	7	9,9
агрессивность	8	20,0	4	5,6
скандальность	9	22,5	10	14,1
распушенность	5	12,5	6	8,5
хулиганство	10	25,0	8	11,3
своевольность	0	0,0	11	15,5
тщеславие	0	0,0	3	4,2
позерство	3	7,5	7	9,9
ветренность	2	5,0	13	18,3
безразличие	20	50,0	3	4,2
<i>Социально-психологическая дезадаптация</i>				
неряшливость	24	60,0	32	45,1
паразитизм	2	5,0	14	19,7
воровство	12	30,0	10	14,1
безответственность	7	17,5	28	39,4
вымогательство	4	10,0	8	11,3
притуп. род. долга	13	32,5	23	32,4
притуп. пр. долга	5	12,5	18	25,4

Примечание. Притуп. род. долга - притупление чувства родительского долга; притуп. пр. долга - притупление чувства профессионального долга

Среди психопатоподобных расстройств в основной группе больных превалировали лживость, вспыльчивость, жестокость, агрессивность, скандальность, сексуальная распущенность, хулиганские действия, и безразличия к своему здоровью и жизни. Иными слова прослеживаются гетероагрессивные тенденции, сопровождающиеся девальвацией такой ценности как собственное здоровье и жизнь. Важно отметить, что после проявлений аффективных вспышек больные суицидологического профиля на протяжении длительного времени испытывали чувство вины, недовольство собой, у них снижалось настроение, нарушался сон. При этом реакция в виде негативных

эмоций с последующим снижением настроения приобретала постоянный и стереотипный характер.

Под нарушениями социальной адаптации понимаются выраженные в той или иной мере отклонения от процесса конструктивного взаимодействия с социальной средой, прекращение или изменение усвоения норм и ценностей среды, невозможность участвовать в ее преобразовании [80].

С алкогольной зависимостью и с социальной адаптацией, как показали наши исследования, тесно связано и суицидальное поведение. В этой связи своевременное и адекватное проведение комплекса мер по терапии и реабилитации больных алкоголизмом позволит реадаптировать и ресоциализировать данный контингент лиц, тем самым существенно снизить риск суицидального поведения. Социальная дезадаптация проявлялась у больных алкоголизмом с суицидальным поведением преимущественно неряшливостью, воровством и притуплением чувства родительского долга.

Результаты статистической обработки по показателям медико-социальных последствий алкоголизма приводятся в таблице 79.

Таблица 79

Частота возникновения психозов. Медико-социальные последствия алкоголизма

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Психозы</i>		
единичные	6,078	0,01
множественные	7,131	0,008
<i>Психопатоподобные расстройства</i>		
эгоцентризм	0,008	0,92
лживость	3,111	0,07
циничность	2,57	0,108
вспыльчивость	9,068	0,002
жестокость	0,653	0,41
агрессивность	2,321	0,12
скандальность	1,277	0,258
сексуальная распущенность	0,469	0,49
хулиганские действия	3,551	0,05
своевольность	6,878	0,008
тщеславие	1,737	0,18
позерство	0,173	0,67
ветреность	3,878	0,04
безразличие	33,55	0,001
<i>Социально-психологическая дезадаптация</i>		
неряшливость	2,281	0,13
паразитизм	8,01	0,005
воровство	4,078	0,04
безответственность	5,702	0,01
вымогательство	0,426	0,83
притупление чувства родит. долга	0,0001	0,99
притупление чувства профес. долга	2,572	0,10

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$.
родит. – родительского; профес. долга - профессионального

Анализ корреляционных взаимоотношений показал наличие обратной слабой связи между суицидальным поведением и среднепрогредиентным темпом течения алкоголизма и прямой средней связи между суицидальностью и быстрым темпом прогредиентности заболевания (таблица 80).

Таблица 80

Оценка степени корреляционной взаимосвязи в отношении клинических характеристик алкоголизма в сравниваемых группах

показатели	Коэффициент «φ»	
	значения	уровень значимости
<i>Темп прогредиентности алкогольной зависимости</i>		
среднепрогредиентный	-0,299	0,002
быстропрогредиентный	0,333	0,001
<i>Степень тяжести алкогольного абстинентного синдрома</i>		
тяжелая	0,379	0,001

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Думается, что суицидальное поведение в структуре алкоголизма усугубляет течение заболевания, затрагивая все его патологические составляющие. Об этом свидетельствуют данные по взаимосвязи суицидальности со степенью тяжести ААС. Суицидальная активность прямо коррелирует (средняя связь) с тяжелой степенью синдрома отмены.

Определялись корреляции между актуализацией суицидального поведения и компонентами синдрома ПВА (таблица 81).

Таблица 81

Оценка степени корреляционной взаимосвязи в отношении компонентов ПВА в сравниваемых группах больных алкоголизмом

показатели	Коэффициент «φ»	
	значения	уровень значимости
<i>Аффективный компонент</i>		
депрессия – 1 балл	- 0,225	0,01
депрессия – 2 балла	0,210	0,02
тревога – 1 балл	- 0,239	0,01
тревога – 3 балла	0,357	0,001
эмоциональн. лабильность – 3 балла	0,357	0,001
дисфория – 1 балл	- 0,187	0,04
дисфория – 2 балла	0,194	0,04
<i>Вегетативный компонент</i>		
алкогольные сновидения – 1 балл	- 0,304	0,001
изменение аппетита – 3 балла	0,28	0,003
<i>Идеаторный компонент</i>		
мысли о спиртном – 3 балла	0,252	0,008
<i>Поведенческий компонент</i>		
нарушения поведения – 1 балл	- 0,344	0,001
нарушения поведения - 2 балла	0,212	0,02
нарушения поведения - 3 балла	0,379	0,001

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$.
Эмоциональн. лабильность - эмоциональная лабильность

При рассмотрении корреляционных связей между суицидальным поведением и степенью выраженности патологического влечения к алкоголю были выявлены данные, которые во многом дополняли и разъясняли результаты общего анализа.

В частности, обнаружена обратная слабая корреляционная связь между суицидальностью и легкой депрессией (точнее субдепрессией). Вместе с тем, более выраженная депрессия прямо коррелировала с суицидальностью.

Тоже самое наблюдалось при оценке корреляционных связей между суицидальным поведением и тревожностью. Другими словами, между суицидальным поведением и легкой тревогой фиксировалась отрицательная слабая связь, между суицидом и выраженной тревогой - средняя положительная связь. Этот факт объясняется следующим образом.

При актуализации суицидальных тенденций депрессия и тревога легкой степени трансформируются в аффективные расстройства депрессивного и тревожного спектра выраженной степени тяжести. В свою очередь выраженность указанных расстройств обуславливается эмоциональной лабильностью, которая прямо коррелирует (средняя связь) с суицидальным поведением у больных алкогольной зависимостью.

Что касается связи суицидального поведения и дисфории, то здесь имелись как слабая обратная, так и слабая прямая корреляции, что может свидетельствовать о наличии не столь прочной взаимосвязи между этими двумя феноменами.

Обратная средняя связь фиксировалась между суицидальным поведением и алкогольными сновидениями. Вероятно, при нарастании суицидальной активности у больных алкоголизмом сновидения алкогольной тематики отступают на второй план в виду превалирования снов с аутоагрессивной тематикой. Хотя нами не исключается, что сны подобного содержания, так или иначе, являются неотъемлемой составляющей ПВА. Суицидальное поведение находилось в прямой связи с тяжестью нарушений пищевого поведения, что является отражением нарушений соматического уровня.

Между суицидальным поведением и идеаторным компонентом ПВА установлена прямая корреляционная связь. Иными словами, чем выше суицидальный риск, тем интенсивнее размышления о спиртном, тем чаще возникают мысли о ненужности и бессмысленности своего существования.

Весьма иллюстративны показатели поведенческого компонента синдрома патологического влечения к алкоголю. Корреляционные связи получены по всем составляющим этого компонента. При этом наибольшие значения констатировались между суицидальным поведением и выраженными нарушениями поведения. Следовательно, поведенческие отклонения в структуре алкоголизма сочетающегося с суицидальным поведением можно отнести к базисным расстройствам.

Больные опиатной наркоманией

Что касается периода от начала приема наркотика до появления признаков роста толерантности, психической и физической зависимости, опиоидного абстинентного синдрома, то здесь обнаружены следующие особенности (таблица 82).

Таблица 82

Длительность периода злоупотребления опиумом до формирования ОАС

временной промежуток	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
до 30 дней	17	29,8	8	17,8
от 31 – 90 дней	16	28,0	6	13,3
от 91 – 120 дней	20	35,0	31	68,9
от 121 – 180 дней	4	7,0	0	0,0
всего	57	100,0	45	100,0

Особенностью является то, что количество пациентов, у которых длительность периода злоупотребления до формирования физической зависимости составляла менее одного месяца, достоверно больше было в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением. Аналогичное статистическое превышение отмечалось по показателю от 31 до 90 дней.

В целом, полученные результаты иллюстрируют более раннее формирование физической зависимости и ОАС (до трех месяцев) в основной группе больных (57,8% и 31,1%). И, наоборот, более позднее формирование синдрома зависимости чаще наблюдалось в группе сравнения (42,0% и 68,9%). В первом случае разница между показателями достигала 1,9 раза, во втором – 1,6 раза.

Стаж наркотизации варьировал в широких пределах (таблица 83).

Таблица 83

Продолжительность опиатной наркомании

годы	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
1 год	2	3,5	2	4,4
2 года	4	7,0	2	4,4
3 года	4	7,0	5	11,1
4 года	8	14,0	5	11,1
5 лет	17	29,8	4	8,8
6 лет	10	17,5	7	15,6
7 лет	9	15,8	4	8,8
8 лет	3	5,3	5	11,1
9 лет	0	0,0	11	24,4
всего	57	100,0	45	100,0

В основной группе больных продолжительность заболевания была от одного до восьми лет, что составляет в среднем 5,8 лет, в группе сравнения - от одного до девяти лет (в среднем 6,5 лет). Примечательно то, что макси-

мальное количество больных группы БНС наблюдалось с пятилетним стажем наркотизации (29,8%), в группе БН – с давностью заболевания девять лет (24,4%). Различия были достоверны. Наибольшее число больных опиоидной зависимостью умирает от передозировок наркотиков в первые четыре-пять лет [179]. В этот же период наиболее выражены суицидальные тенденции. На наш взгляд, суицидальное поведение в структуре опиатной наркомании может рассматриваться в качестве одного из основных клинических маркеров неблагоприятного течения заболевания.

Опиатная наркомания в сочетании с суицидальным поведением характеризуется злокачественностью течения. От этого в значительной степени определяются течение и прогноз опиатной наркомании (рисунок 25). Так, высокодостоверные отличия получены по быстропрогредиентному темпу течения. Он чаще наблюдался в основной группе больных (26,3% и 4,4%).

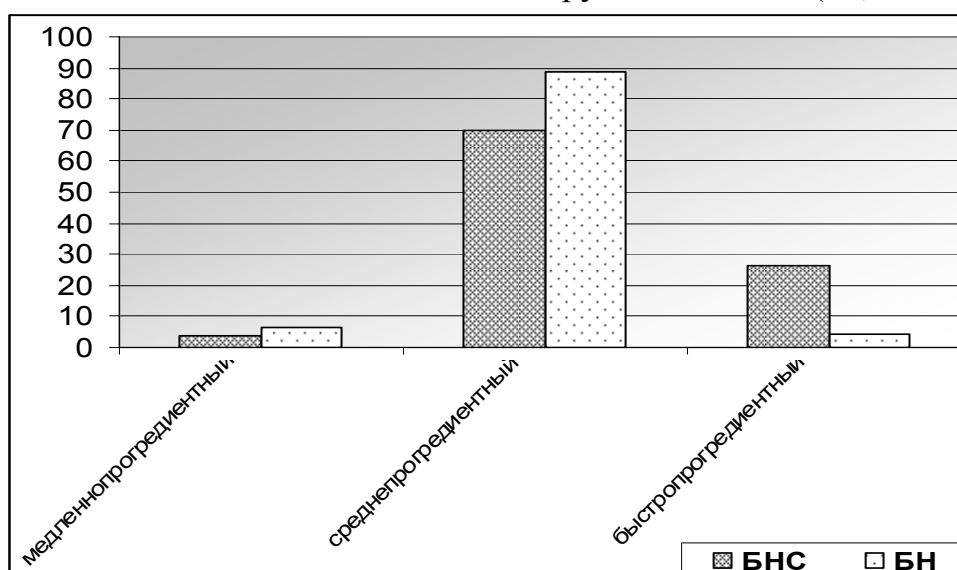


Рисунок 25. Темп прогрессивности опиоидной зависимости у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Существенные различия были по среднепрогредиентному темпу с преобладанием его в группе сравнения (70,1% и 88,8%).

С инъекционным потреблением наркотиков связан высокий уровень смертности больных наркоманией, причем треть пациентов умерла от соматических заболеваний [91]. Структура соматических расстройств распределилась следующим образом (таблица 84).

Таблица 84

Структура соматических расстройств у больных опиатной наркоманией

соматические заболевания	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%
туберкулез легких	16	28,0	5	11,1
вирусный гепатит (В, С)	26	45,6	11	24,4
сифилис	14	24,5	4	8,8
всего	56	98,1	20	44,3

С одной стороны, инъекционное поведение (использование чужих игл, шприцев) является характерным для больных употребляющих наркотики внутривенно. Для них свойственно и рискованное сексуальное поведение (занятие сексом в обмен за деньги, не использование презервативов, случайные половые связи). С другой стороны, достоверное превышение соматических заболеваний в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением объясняется нами склонностью этих пациентов к рискованным, необдуманым, а, следовательно, направленным на саморазрушение поступкам, непоследовательностью соблюдения мер профилактики и лечения. Значительная часть больных группы БНС (45,6%) сообщила, что за последние три года многократно совершали рискованные поступки (вождение автомобиля в нетрезвом состоянии, участие в уличных разборках). Удельный вес группы БН с рискованным модусом поведения составил 20,0% ($p < 0,003$). На наш взгляд, выявленные различия по соматическим расстройствам, позволяют относить их к заболеваниям, обладающим выраженным суицидогенным потенциалом. Роль инфекционной патологии в повышении суицидальной готовности больных показана как отечественными [67], так и зарубежными исследователями [231].

В клинике у больных с суицидальным поведением доминировала тяжелая степень ОАС (38,6% и 11,1%) (рис. 26). Тогда как легкая степень ОАС фиксировалась у больных группы БН (28,8%). В равных соотношениях были пациенты со средней степенью тяжести ОАС (61,4% и 60,0%).

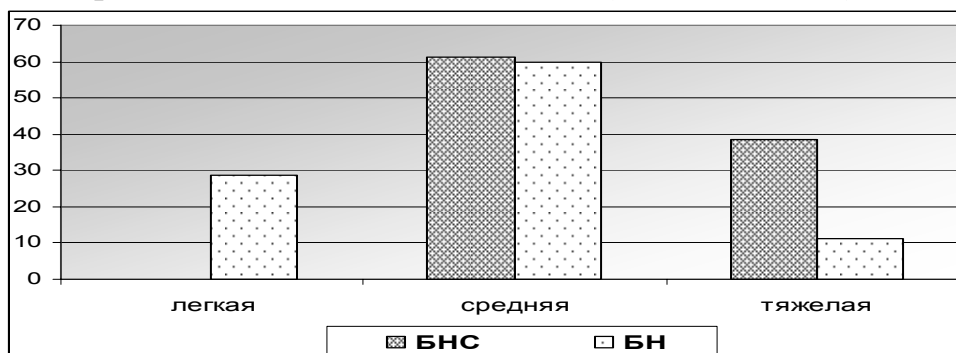


Рисунок 26. Степень тяжести ОАС у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН)

Закономерными, на наш взгляд, являются данные относительно качественных характеристик ремиссий (рис. 27). Спонтанные ремиссии достоверно меньше фиксировались у больных группы БНС (8,8% и 24,4%), также как и терапевтические ремиссии (35,0% и 68,9%). К сожалению, специалистами опиатная наркомания не рассматривается как суицидоопасное состояние. Возможно, низкая, по сравнению с больными группы БН терапевтическая эффективность лечебно-реабилитационных программ связана недооценкой суицидоопасности наркомании, и как следствие не включение в схему лечения мер, направленных на суицидальную превенцию.

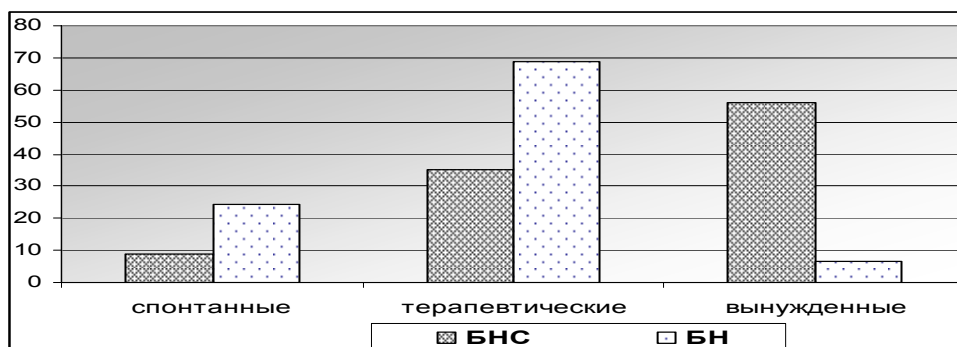


Рисунок 27. Клиническая характеристика ремиссий у больных опийной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных наркоманией без суицидального поведения (БН)

Об этом же свидетельствуют показатели по вынужденным ремиссиям, которые достоверно чаще были у больных основной группы (56,1% и 6,6%). Иными словами, непродолжительные ремиссии возникали в условиях, исключающих употребление наркотиков (уголовное преследование и прочее).

Обработка данных отражена в таблице 85.

Таблица 85

Результаты данных по некоторым клиническим характеристикам

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Период злоупотребления опиумом до формирования ОАС</i>		
до 30 дней	10,82	0,005
от 31 – 90 дней	4,42	0,03
от 91 – 120 дней	11,49	0,001
от 121 – 180 дней	4,42	0,03
<i>Продолжительность опийной наркомании</i>		
продолжительность заболевания	5,28	0,02
<i>Темп прогрессивности опийной наркомании и доза опиума</i>		
медленнопрогрессирующий	0,538	0,46
среднепрогрессирующий	5,21	0,02
быстропрогрессирующий	7,71	0,005
<i>Соматические заболевания</i>		
туберкулез легких	4,42	0,03
вирусный гепатит (В, С)	4,87	0,02
сифилис	4,25	0,03
<i>Степень тяжести ОАС</i>		
легкая	17,05	0,001
средняя	0,021	0,85
тяжелая	9,76	0,002
<i>Характер ремиссии</i>		
спонтанные	4,67	0,03
терапевтические	11,49	0,001
вынужденные	33,52	0,002

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Несмотря на то, что по подавляющему большинству показателей соматовегетативных симптомов достоверных различий не обнаружено, тем не менее, установлено доминирование вегетативных нарушений у пациентов

основной группы, что доказывает большую тяжесть течения синдрома отмены в сочетании с суицидальным поведением (таблица 86).

Таблица 86

Структура соматовегетативных симптомов у больных опиатной наркоманией

симптомы	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45		I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ОАС</i>				<i>Ремиссия</i>			
головные боли	18	31,5	16	35,5	10	17,5	6	13,3
головокружение	16	28,0	5	11,1	5	8,7	0	0,0
боли в мышцах	37	64,9	36	80,0	18	31,5	14	31,1
боли в жеват. мышцах	21	36,8	17	37,7	0	0,0	0	0,0
боли в сердце	14	24,5	4	8,8	8	14,0	3	6,6
«гусиная кожа»	38	66,6	29	64,4	0	0,0	0	0,0
диарея	37	64,9	27	60,0	6	10,5	5	11,1
анорексия	35	61,4	24	53,3	22	38,5	9	20,0
боли в животе	19	33,3	13	28,8	4	7,0	2	4,4
перепады АД	35	61,4	20	44,4	26	45,6	11	24,4
мигриаз	21	36,8	11	24,4	6	10,5	0	0,0
зевота	13	22,8	13	28,8	0	0,0	0	0,0
слезотечение	50	87,7	38	84,4	0	0,0	0	0,0
риноррея	21	36,8	18	40,0	6	10,5	6	13,3
пароксизмы чихания	20	35,0	12	26,6	0	0,0	0	0,0
гиперемия лица	17	29,8	8	17,7	7	12,2	5	11,1
гипергидроз	16	28,0	23	51,1	8	14,0	12	26,6
инъекция склер	10	17,5	6	13,3	0	0,0	0	0,0
озноб	53	92,9	44	97,7	0	0,0	0	0,0
тремор	11	19,2	12	26,6	6	10,5	0	0,0
тахикардия	54	94,7	34	75,5	37	64,9	19	42,2
гиперстезия	28	49,1	11	24,4	16	28,1	6	13,3

Примечание. Боли в жеват. мышцах – боли в жевательных мышцах

В частности, имеются достоверные отличия по следующим симптомам: головокружение, боли в сердце, перепады АД, гиперемия лица, тахикардия и гиперстезия. С другой стороны, указанная симптоматика может свидетельствовать о наличии невротоподобных расстройств, которые находятся за «фасадом» соматических нарушений.

Нашу концепцию подтверждают достоверные различия по периоду ремиссии. Отмечено значительное редуцирование до полного исчезновения соматических симптомов. Однако также обнаружено превалирование в группе БНС вегетативных нарушений, а именно: показатель «головокружение» фиксировался лишь в группе БНС (8,7%), перепады АД констатировались в 45,6% и в 24,4%, мигриаз также как и тремор – только в первой группе (по 10,5%), тахикардия – 64,9% и 42,2% и гиперстезия 28,1% и 13,3%.

Обращает на себя внимание показатель «анорексия», который также достоверно чаще был в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением. Безусловно, нарушения пищевого поведения являются составляющими синдромов опиатной наркомании. В то же время имеются убе-

дительные доказательства суицидогенности расстройств пищевого поведения вообще [203, 245] и у больных опиатной наркоманией, в частности [55].

Актуальность психопатологической квалификации суицидального поведения обусловлена потребностью в преодолении излишней, на наш взгляд, в литературе психологизации суицидального феномена. Нами не отрицается роль психологических факторов в суицидогенезе наркологической патологии. Однако они в структуре синдрома отмены и в ремиссии опиатной наркомании достигают психопатологического регистра. В этом смысле понятно мнение И.Д. Даренского, М.В. Деминой, В.В. Чирко [57] о том, что психопатология у больных наркоманией имеет ведущее значение. Поэтому своевременное выявление и коррекция расстройств, актуализирующих суицидальные тенденции, определяют качество ремиссии и прогноз заболевания.

Клиническая структура психических нарушений в периоды опийного абстинентного синдрома и ремиссии отражена в таблице 87.

Таблица 87

Структура психических нарушений у больных опиатной наркоманией

синдромы	I группа (БНС)		II группа (БН)		I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ОАС</i>				<i>Ремиссия</i>			
дисфорический	29	50,9	11	24,4	16	28,0	6	13,3
тревожно-ипохондрический	17	29,8	8	17,8	26	45,6	11	24,4
астено-депрессивный	11	19,3	26	57,8	15	26,3	28	62,2
всего	57	100,0	45	100,0	57	100,0	45	100,0

Дисфорическое состояние чаще наблюдалось как в структуре ОАС, так и в ремиссии. В клинике выявлялись раздражительность, взрывчатость, агрессивность, общий эмоциональный фон был тоскливо-злостный. Аддикты выражали недовольство пребыванием в стационаре, предъявляли претензии по лечению, грубо разговаривали с медперсоналом, с родственниками.

Максимальная выраженность клиники тревожно-ипохондрического синдрома выявлена у больных основной группы в ремиссии. Ипохондрическую симптоматику у больных отличал выраженный полиморфизм. Повышенная тревога, прикованность к телесным ощущениям и к собственному эмоциональному состоянию провоцировало у больных неудовлетворенность этими ощущениями и стремление к их улучшению, требуя от врача дополнительных лекарственных средств.

Астено-депрессивная симптоматика достоверно превалировала в группе сравнения. В то же время удельный вес указанных расстройств в основной группе больных оставался достаточно высоким, особенно в ремиссии. Центральное место в клинике занимали жалобы на повышенную утомляемость, нарушения сна, неприятные ощущения в области сердца и желудка. Отмечались раздражительность, аффективная неустойчивость (табл. 88).

Таблица 88

Соматовегетативные и психические нарушения в структуре ОАС и ремиссии

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Соматовегетативные симптомы в структуре ОАС</i>		
головные боли	0,035	0,85
головокружение	4,42	0,03
боли в мышцах	2,81	0,09
боли в жеват. мышцах	0,009	0,92
боли в сердце	4,25	0,03
«гусиная кожа»	0,218	0,64
диарея	1,97	0,16
анорексия	0,021	0,85
боли в животе	0,231	0,63
перепады АД	3,71	0,05
мигриаз	1,795	0,18
зевота	0,49	0,48
слезотечение	0,606	0,43
риноррея	0,009	0,92
пароксизмы чихания	0,828	0,36
гиперемия лица	10,82	0,005
гипергидроз	4,66	0,03
инъекция склер	0,337	0,56
озноб	0,301	0,58
тремор	0,782	0,37
тахикардия	9,18	0,002
гиперстезия	6,48	0,01
<i>Соматовегетативные симптомы в ремиссии</i>		
головные боли	0,337	0,56
головокружение	4,15	0,04
боли в мышцах	0,086	0,76
боли в сердце	1,42	0,234
диарея	0,801	0,67
анорексия	4,11	0,04
боли в животе	0,301	0,58
перепады АД	4,87	0,02
мигриаз	5,03	0,02
риноррея	0,009	0,92
гиперемия лица	0,033	0,85
гипергидроз	2,54	0,11
тремор	5,03	0,02
тахикардия	6,28	0,01
гиперстезия	4,42	0,03
<i>Психические нарушения в структуре ОАС</i>		
дисфорический синдром	8,76	0,003
тревожно-ипохондрический синдром	10,82	0,005
астено-депрессивный синдром	14,5	0,001
<i>Психические нарушения в ремиссии</i>		
дисфорический синдром	4,42	0,03
тревожно-ипохондрический синдром	4,87	0,02
астено-депрессивный синдром	5,63	0,01

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Ю.В. Валентик [32] полагает, что симптоматология влечения к ПАВ принципиально схожа. Не отрицая вышесказанное, мы считаем, что патологическое влечение будет иметь некоторые различия в зависимости от аддиктивного агента, и самое главное от такого коморбидного психического состояния как суицидальное поведение. Нами было выбрано следующее определение, а точнее точка зрения: «Патологическое влечение к опиатам соответствует основным критериям «истинных влечений», характерными признаками которого являются приступообразность, аутохтонность (на наш взгляд, и психогенность) аффективных (дополним – идеаторных и поведенческих) расстройств, чувство охваченности переживаниями, отсутствие внутренней переработки» [96].

Квантификация компонентов патологического влечения к наркотикам (ПВН) проводилась в соответствии со шкалой оценки тяжести патологического влечения к наркотику, разработанной М.А. Винниковой [35] (табл. 89).

Идеаторный компонент ПВН обнаружен в группе БНС – 68,4%; в группе БН – 68,8%. Однако в группе больных с суицидальным поведением он отличался своей большей выраженностью. Клиническая особенность идеаторного компонента демонстрируется достоверными различиями по всем его показателям. Постоянные мысли о наркотике в основной группе больных были чаще, чем у больных группы сравнения. Нередко актуализации этих мыслей способствовали какие-либо неприятные события в жизни пациентов, например, семейные скандалы. Часть пациентов с суицидальным поведением ассоциировала воспоминания о наркотическом опьянении с возможностью использовать «право на золотой укол», то есть совершить уход из жизни в данном состоянии. А периодические мысли о наркотике достоверно реже возникали в группе суицидентов.

Аффективные нарушения в виде сниженного настроения между обеими группами принципиально не различались, так как субдепрессивная и депрессивная симптоматика является патогномичным признаком опиатной наркоманией. Вместе с тем, удельный вес выраженной депрессии с тоской заметно был выше в группе больных с суицидальными тенденциями. На первый план выступали жалобы на ощущение серости вокруг, бесперспективности будущего, нежелание с кем-либо общаться. Это состояние сопровождалось снижением аппетита и социальной активности. В результате, сниженное настроение констатировалось у 91,0% больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением и у 86,6% больных группы сравнения.

Заслуживают внимания результаты по тревоге, так как достоверные различия имеют место по всем ее степеням выраженности. Обобщенно тревога наблюдалась у 82,3% больных группы БНС и у 31,1% группы БН. При этом различная интенсивность тревожных расстройств (от одного до трех баллов) превалировала в группе БНС. Важно отметить, что именно у

Таблица 89

Результаты психопатологического исследования синдрома ПВН

компоненты и клинические признаки патологического влечения к наркотикам	баллы	I группа (БНС) n=57		II группа (БН) n=45	
		абс.	%	абс.	%
Идеаторный компонент					
Наличие мыслей о желании употребить наркотик (их выраженность колеблется в течение дня, четких разграничений нет). Присутствие мыслей уже говорит о достаточно выраженном влечении к наркотику					
периодически возникающие мысли о наркотике	2	13	22,8	22	48,8
постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотике, неподдающиеся волевому усилию: - воспоминания, представления (не поддаются бальной оценке, потому что данная категория расстройств характерна для пациентов на достаточном длительном временном промежутке. Длительное их существование - неблагоприятный признак)	3	26	45,6	9	20,0
Аффективные нарушения					
1. Снижение настроения					
скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность. Пациент самостоятельно может об этом не говорить, диагностируется только при тщательном расспросе	1	11	19,2	12	26,6
заметное снижение настроения, диагностируемое не только по предъявляемым жалобам, но и на невербальном уровне: выражение лица, поза, мимика	2	21	36,8	18	40,0
тоска (с витализацией или без), пациент самостоятельно предъявляет жалобы	3	20	35,0	9	20,0
2. Тревога					
аморфная настороженность, беспричинные опасения, озлобленность	1	8	14,0	1	2,2
нервозность, напряженность, невозможность расслабиться, раздражительность. Пациент самостоятельно предъявляет жалобы, отражается на общем поведении, общении	2	17	29,8	8	17,7
неусидчивость, тревожная ажитация	3	22	38,5	5	11,1
3. Дисфория					
высказывание недовольства, брюзгливость	1	5	8,7	7	15,5
раздражительность, злобность	2	28	49,1	13	28,8
агрессивность, напряженность	3	14	24,5	4	8,8
4. Эмоциональная лабильность					
перепады настроения в течение суток (очень характерный симптом, как правило, наблюдается ухудшение настроения к вечеру)	2	9	15,7	8	17,7
обидчивость, слезливость	3	6	10,5	6	13,3
Нарушения сна в динамике					
- позднее мучительное засыпание - многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием - ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть					
нарушения сна играют существенную роль в диагностике ПВН, как правило, эти симптомы появляются одними из первых при обострении ПВН, всегда говорят о достаточной глубине нарушений	2	25	43,8	15	33,3
длительно (в течение нескольких дней) существующие нарушения сна, трудно поддающиеся медикаментозной	3	12	21,0	12	26,6

коррекции					
Поведенческие (психопатоподобные) расстройства					
На проявление поведенческих нарушений оказывает влияние индивидуальный личностный радикал, поэтому данные нарушения трудно поддаются ранжированию. Однако можно выделить общие характерные признаки					
просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом отделения, оговаривание сроков выписки	1	8	14,0	13	28,8
враждебность, агрессивность, негативизм	2	11	19,2	10	22,2
возбуждение, двигательная ажитация (двигательная ажитация всегда говорит о высокой степени выраженности ПВН)	3	17	29,8	8	17,7
Соматовегетативные нарушения					
блеск глаз (сухой); потливость, бледность или покраснение кожных покровов; колебания пульса и АД; сердцебиения; внутренняя дрожь; озноб; гастроинтестинальные симптомы; респираторные симптомы; болевая симптоматика Вегетативные расстройства всегда индивидуальны; во многом зависят от конституциональных факторов, как правило, не вступают обособленно, сопровождают аффективные нарушения, подчеркивая их выраженность, поэтому бальная оценка не приводится		36	63,2	14	31,1
Сновидения					
Являются своего рода маркером обострения ПВН					
единичные	2	14	24,5	13	28,9
многократно повторяющиеся (в течение нескольких дней)	3	18	31,5	6	13,3
Установка на лечение					
оценивается по критерию: есть – 0 или нет – 1 балл					
- отрицательная		30	52,6	14	31,1
- формальная или формально-вынужденная		19	33,3	28	62,2
- положительная		8	14,0	3	6,6
Критика к болезни					
оценивается по критерию: есть – 0 или нет – 1 балл					
- отсутствует		0	0,0	0	0,0
- частичная		23	40,3	13	28,8
- полная		34	59,6	32	71,1

суицидентов значимо доминировали тревожные расстройства средней и особенно тяжелой степени. Широкий спектр тревожных расстройств обуславливал развитие у больных ипохондрических и фобических включений. В частности, наркозависимые выражали опасения по поводу возможного возникновения алгической симптоматики. Среди соматовегетативных нарушений отмечались перепады артериального давления, повышенная потливость.

Удельный вес больных с дисфорией также как и с тревогой был существенно выше в первой группе больных (82,3% и 53,1%). Состояние дисфории выражалось повышенной конфликтностью, раздражительностью, злобностью (49,1% и 28,8%). На высоте эмоционального напряжения наблюдались вспышки гнева, агрессии в виде оскорблений и угроз в адрес медперсонала, родственников, нарушения распорядка дня стационара (24,5% и 8,8%).

Эмоциональная лабильность, так или иначе, встречалась в обеих группах больных. Перепады настроения в течение дня были выявлены у 15,7% и 17,7% больных, обидчивость и слезливость у 10,5% и 13,3%, соответственно.

По показателям идеаторного компонента ПВН установлены различия с преобладанием их в первой группе аддиктов.

Нарушения сна выявлены у 64,8% пациентов первой группы и у 59,9% больных второй группы. Обнаруженные качественные и количественные характеристики нарушений сна у больных с суицидальным поведением являются дополнительным аргументом концепции, рассматривающую аддиктивных суицидентов как особую категорию больных. Выраженные расстройства сна (два балла) встречались чаще у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением. Качественной характеристикой диссомний являлось изменение его суточных ритмов. Пациенты обращались за дополнительными назначениями снотворных препаратов. После приема лекарств они продолжали подолгу и бесцельно блуждать по отделению или дома, допоздна засиживались за просмотром телевизора. Отличительной особенностью снов у больных группы БНС было то, что помимо снов на наркотическую тематику, они видели сны устрашающего, в том числе суицидального («Я как будто повесился», «Бросился из окна») содержания. А многократно повторяющиеся эти сны (31,5% и 13,3%) обуславливали снижение настроения, обострение вегетативной симптоматики (гипергидроз, учащение сердцебиения).

Проявления поведенческих (психопатоподобных) расстройств были описаны в структуре аффективных нарушений. Следует подчеркнуть, что максимально выраженные нарушения поведения обнаружены у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением. В обобщенном виде психопатоподобные расстройства фиксировались в 63,0% и в 68,7% случаях.

Что касается соматовегетативных нарушений, то они также как поведенческие расстройства являются «сквозными» на всех этапах течения опиоидной зависимости, при этом с достоверным доминированием этих расстройств в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (61,1% и 31,1%) и о чем упоминалось ранее.

Наименьший удельный вес пациентов с положительной установкой на лечение объясняется закономерностями течения опиатной наркоманией: токсикогенезом и стадией заболевания, формированием стойких изменений личности. Вместе с тем, отрицательная установка значимо была выше у больных основной группы. Больные этой группы выражали сомнения по поводу успешности лечения, безразличие к своему здоровью: («Мне все равно, может и к лучшему, если помру, без меня будет легче»). Формальная и формально-вынужденная установка на лечение в группе БНС встречалась реже, чем в группе БН. Как, правило, инициаторами консультации или очередной госпитализации в стационар были родственники больных. В качестве метода

воздействия на пациента выступали угрозы («Не пойдешь к врачу, разведемся»), уголовное преследование и пр. Важно отметить, что подавляющее большинство обследуемых обеих групп (59,6% и 71,1%) полностью осознавали свое заболевание, знали о его последствиях. Однако снижение критических функций обнаруживалось у больных первой группы в 40,3% случаях, у пациентов второй группы – в 28,8%.

Таким образом, выраженность расстройств синдрома ПВН свидетельствует о тяжести течения опиатной наркомании в сочетании с суицидальным поведением и подтверждает концепцию наличия патологически функционирующей системы у суицидентов аддиктивного профиля (табл. 90).

Таблица 90

**Результаты статистических данных в отношении
компонентов ПВН в сравниваемых группах больных опиатной наркоманией**

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Идеаторный компонент</i>		
мысли о наркотике – 2 балла	7,56	0,006
мысли о наркотике – 3 балла	8,76	0,003
<i>Аффективные нарушения</i>		
снижение настроения – 1 балл	0,782	0,37
снижение настроения – 2 балла	0,009	0,92
снижение настроения – 3 балла	2,81	0,09
тревога – 1 балл	4,36	0,03
тревога – 2 балла	10,82	0,05
тревога – 3 балла	9,76	0,002
дисфория – 1 балл	1,11	0,29
дисфория – 2 балла	3,604	0,05
дисфория – 3 балла	4,25	0,03
эмоциональн. лабильность – 2 балла	0,072	0,78
эмоциональн. лабильность – 3 балла	0,009	0,92
<i>Нарушения сна в динамике</i>		
нарушения сна – 2 балла	1,73	0,18
нарушения сна – 3 балла	0,44	0,51
<i>Поведенческие (психопатоподобные) расстройства</i>		
нарушения поведения – 1 балл	3,39	0,06
нарушения поведения - 2 балла	0,132	0,71
нарушения поведения - 3 балла	10,82	0,005
<i>Соматовегетативные нарушения</i>		
вегетативные расстройства	11,83	0,001
<i>Сновидения</i>		
единичные - 2 балла	0,243	0,62
многократные -3 балла	3,90	0,04
<i>Установка на лечение</i>		
отрицательная	8,28	0,04
формальная или формально-вынужд.	4,25	0,03
положительная	1,42	0,23
<i>Критика к болезни</i>		
частичная	2,33	0,31
полная	1,44	0,22

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$.

Эмоциональн. лабильность - эмоциональная лабильность; формально-вынужд. – формально-вынужденная

Психопатоподобные расстройства, отражающие эмоциональную напряженность и возбудимость, выражались в достоверном превышении в первой группе больных таких показателей как вспыльчивость, агрессивность и скандальность. Жестокость также была выше у больных первой группы, хотя различия были недостоверными. Как и при алкоголизме, у больных первой группы преобладали гетероагрессивные тенденции. Не исключая токсического генеза наркотиков в развитии асоциального и антисоциального поведения, можно предположить, что вовлечение больных с суицидальным поведением в неблагоприятные, порою в рискованные ситуации, связано с активизацией суицидальной доминанты с последующей актуализацией суицидальных тенденций.

Размывание нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения проявлялось сексуальной распущенностью, хулиганскими действиями и своевольностью. Личностные изменения приобретали истероидную окраску, что клинически выражалось в демонстративности и позерстве в поведении, тщеславии. Показатель «безразличие» достоверно был больше в основной группе аддиктов. Возможно, безразличие к своему здоровью и жизни объясняет факт отрицательной установки на лечение и наличие ветрености. С другой стороны, сдвиг в иерархии потребностей у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением в сторону аттрактивного таксиса [157], обуславливал нивелирование такой ценности как здоровье.

Социально-психологическая дезадаптация проявлялась неряшливостью и паразитизмом. Пациенты не имели собственных денежных средств. Поэтому при помощи надуманных поводов или угроз они постоянно вымогали у родителей или у других членов семьи деньги на приобретение очередных доз наркотиков или погашения своих долгов перед сбытчиками. Нередко пациенты занимались воровством денежных средств, бытовой техники, вещей. Несмотря на бедственное положение своих семей, больные были безответственны, не проявляли заботу к своим родителям и детям, могли свободно не выйти на работу или в случае отсутствия работы, не занимались ее поиском. Обращает на себя внимание тот факт, пациенты с суицидальным поведением рассматривали свое социальное «падение» как результат их собственного отношения к социальной стороне жизни. Один больной вообще считал, что намеренно ведет себя к саморазрушению в социальной сфере: «Я был наверху, теперь я внизу и меня это устраивает», «Я понимаю, что себя медленно уничтожаю, но и стремиться к чему-то у меня нет желания».

Результаты статистической обработки по показателям медико-социальных последствий опиатной наркомании приводятся в таблице 92.

**Результаты статистических данных.
Медико-социальные последствия опиатной наркомании**

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Психопатоподобные расстройства</i>		
эгоцентризм	8,28	0,004
лживость	1,03	0,31
циничность	1,79	0,18
вспыльчивость	4,25	0,03
жестокость	1,05	0,30
агрессивность	4,42	0,03
скандальность	4,15	0,04
сексуальная распушенность	0,337	0,56
хулиганские действия	0,033	0,85
своевольность	8,01	0,005
тщеславие	4,31	0,03
позерство	3,91	0,04
ветреность	0,02	0,96
безразличие	8,76	0,003
<i>Социально-психологическая дезадаптация</i>		
неряшливость	2,21	0,13
паразитизм	0,828	0,36
воровство	2,52	0,11
безответственность	1,002	0,31
вымогательство	0,001	0,97
притупление чувства родит. долга	0,642	0,42
притупление чувства профес. долга	0,072	0,78

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Корреляционный анализ позволил определить связи между клиническими особенностями опиатной наркомании и суицидальным поведением (таблица 93).

Таблица 93

**Оценка степени корреляционной взаимосвязи в отношении
клинических характеристик опиатной наркомании в сравниваемых группах**

показатели	<i>Коэффициент «Ф»</i>	
	значения	уровень значимости
<i>Темп прогрессивности опиатной наркомании</i>		
среднепрогрессивный	-0,226	0,02
быстропрогрессивный	0,226	0,02
<i>Степень тяжести опиоидного абстинентного синдрома</i>		
средняя	-0,256	0,01
тяжелая	0,256	0,01

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Установлена обратная корреляционная связь между среднепрогрессивным темпом течения опиатной наркомании и суицидальным поведением и прямая - между быстропрогрессивным темпом заболевания и суицидальным поведением. Эти факты лишь подтверждают концепцию исследования:

опиатная наркомания в сочетании с суицидальным поведением протекает тяжелее.

Об этом же свидетельствуют данные по корреляционным взаимоотношениям между тяжестью клиники опиоидного абстинентного синдрома и суицидальной активностью. Так как при ослаблении клиники синдрома отмены, ниже и суицидальная готовность.

Определялись корреляционные взаимосвязи между клиническими составляющими ПВН и актуализацией суицидального поведения (таблица 94).

Таблица 94

Оценка степени корреляционной взаимосвязи в отношении компонентов ПВН в сравниваемых группах больных опиатной наркоманией

показатели	Коэффициент «φ»	
	значения	уровень значимости
<i>Идеаторный компонент</i>		
мысли о наркотике – 2 балла	-0,273	0,006
мысли о наркотике – 3 балла	-0,281	0,004
<i>Аффективные нарушения</i>		
тревога - 1 балл	0,207	0,03
дисфория – 1 балл	-0,214	0,03
дисфория – 2 балла	0,188	0,05
<i>Поведенческие (психопатоподобные) расстройства</i>		
нарушения поведения - 2 балла	-0,206	0,03
нарушения поведения - 3 балла	-0,256	0,01
<i>Сновидения</i>		
многократные -3 балла	-0,189	0,05

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Имеются слабые обратные связи между идеаторным компонентом ПВН и суицидальным поведением. При нарастании интенсивности мыслей о наркотике, активизируются суицидальные проявления.

Получены результаты по связи аффективных нарушений и суицидальных тенденций. Иными словами, аффективные расстройства способствуют актуализации и манифестации суицидального поведения у суицидентов.

Нарушения поведения отрицательно коррелировали с суицидальной активностью. Ранее нами иллюстрировались убедительные доказательства суицидоопасности гетероагрессивных реакций наркологических больных. Несомненно, поведенческие нарушения у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением являлись триггерным механизмом формирования социально-психологической дезадаптации.

Больные с зависимостью от азартных игр

Исследование взаимовлияния зависимости от азартных игр и суицидального поведения открывает новые перспективы для клинической оценки прогноза, течения, лечения и реабилитации патологического гемблинга. К сожалению, в подавляющем количестве работ, описывающих суицидное поведение в структуре игромании, ограничиваются констатацией суицидальных форм поведения.

Что касается периода систематической игры до формирования игрового абстинентного синдрома (ИАС), то у больных лудоманией с суицидальным поведением констатировались следующие особенности (таблица 95).

Таблица 95

Длительность периода систематической игры до формирования ИАС

временной промежуток	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%
до шести месяцев	10	55,6	3	11,5
до 12 месяцев	8	44,4	19	73,1
до 18 месяцев	0	0,0	4	15,4
всего	18	100,0	26	100,0

У подавляющего большинства обследуемых первой группы продолжительность систематического игрового периода до формирования игрового абстинентного синдрома до шести месяцев составила 55,6%, тогда как удельный вес больных второй группы составил 11,5%. Достоверно меньше была длительность систематического периода до 12 месяцев у больных группы БИЗС (44,4%). У пациентов без суицидального поведения удельный вес был 73,1%. Полученные результаты иллюстрируют более раннее формирование физической зависимости и ИАС (до шести месяцев) в основной группе больных, по сравнению со второй группой пациентов. И, наоборот, более позднее формирование синдрома зависимости чаще наблюдалось в группе сравнения (44,4% и 88,5%). В первом случае разница между показателями достигала 4,8 раза, во втором случае – 1,9 раза.

У больных основной группы обнаружены клинические особенности по толерантности при игромании. На наш взгляд, феномен толерантности (например, ее рост) выражался соотношением уровня заработной платы и суммой денежных долгов вследствие проигрыша (таблица 96).

Уровень заработной платы в первой группе пациентов варьировал от 5000 до 18000 рублей (в среднем 9416), во второй группе больных – от 3000 до 20000 рублей (в среднем 12488). Несмотря на то, что по уровню зарплаты обследуемых достоверных отличий не выявлено, тем не менее, наибольшее количество больных в группе БИЗС было с уровнем зарплатой 5000 рублей, в группе БИЗ – от 7000 и более.

Размер финансовой задолженности в группе больных зависимостью от

Уровень заработной платы

зарплата/руб.	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%
3000	0	0,0	1	3,8
5000	4	22,2	0	0,0
6000	2	11,1	0	0,0
7000	2	11,1	4	15,4
8000	1	5,6	2	0,0
10000	2	11,1	4	15,4
11000	1	5,6	0	0,0
12000	3	16,7	2	7,7
13000	0	0,0	2	7,7
15000	2	11,1	4	15,4
16000	0	0,0	1	3,8
17000	0	0,0	1	3,8
18000	1	5,6	3	11,5
20000	0	0,0	2	7,7
всего	18	100,0	26	100,0

азартных игр с суицидальным поведением колебался в пределах от 1000 до 38000 рублей (в среднем 15766), в группе сравнения – от 2500 до 12000 рублей (в среднем 6457). Иными словами, сумма долгов у больных основной группы значительно превышала уровень зарплаты, а у больных второй группы – сумма долгов была меньше среднего уровня зарплаты. В данном случае у суицидентов прослеживались рискованные модусы поведения. А ассоциированные с азартной игрой проблемы (финансовые, семейные, экзистенциальные) являлись провоцирующими факторами суицидального поведения.

Суицидальное поведение усугубляет клинику игровой зависимости. Это подтверждается сведениями по степеням тяжести ИАС. С тяжелой степенью ИАС достоверно больше было больных первой группы (22,2% и 3,8%) (рисунок 28).

Согласно классификации ИАС, психопатология при тяжелой степени игрового абстинентного синдрома проявляется выраженной депрессией и идеями самообвинения, нередко с суицидальными мыслями [30]. Со средней степенью тяжести ИАС пациентов основной группы было достоверно меньше, чем больных группы сравнения (44,4% и 73,1%). Легкая степень ИАС фиксировалась у больных группы БИЗС в 33,3% случаях, в группе БИЗ – в 23,1% случаях. В литературе описаны синдромы игрового опьянения и игрового абстинентного синдрома, поэтому считаем целесообразным ввести определение «ремиссия». Вопрос, что считать ремиссией при лудомании и с какого времени начинается ее исчисление не только теоретический, но и глубоко практический. Так как чередование различных периодов заболевания диктует дифференциацию медико-реабилитационного подхода, особенно у больных патологическим гемблингом с суицидальным поведением.

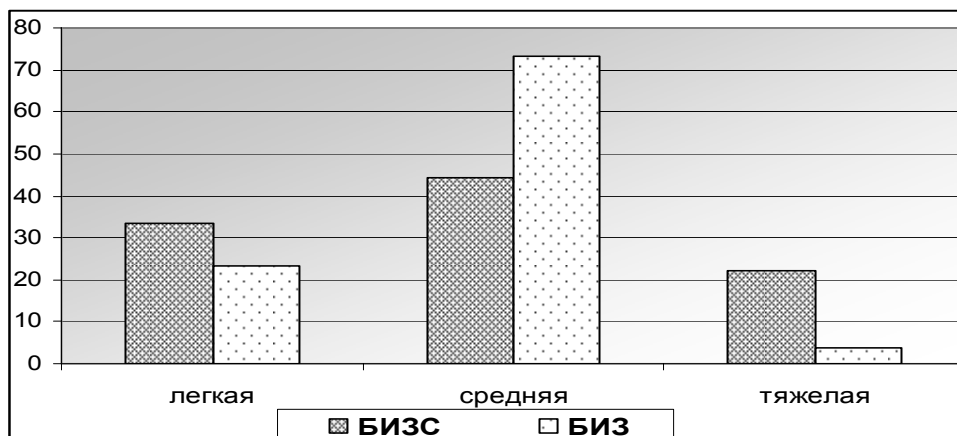


Рисунок 28. Степень тяжести ИАС у больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ)

Изучив имеющиеся в литературе определения состояния ремиссии, мы остановились (с небольшими собственными дополнениями) на следующем определении [35], которое на наш взгляд, наиболее полно отражает все стороны периода ремиссии: *«Ремиссия при зависимости от азартных игр – это состояние, при котором больной полностью воздерживается от азартных игр, это такое состояние, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь появиться при соответствующих условиях. Кроме того, это не только практически полное нивелирование симптомов болезни, суицидальной активности, но и правильная оценка пациентом перенесенных расстройств (критичность), возобновление «живой аффективности», а также сохраненные адаптационные возможности (способность вернуться к работе, если таковая имела, обучение, возможность сохранить или создать семью, налаживать межличностное общение)».*

Наши наблюдения показывали, что симптоматика синдрома отмены существенно нивелировалась к восьмому дню, следовательно, отсчет начала периода ремиссии можно считать от 10-го дня после последнего эпизода игры. В связи с тем, что психопатологическая и соматовегетативная симптоматика сохраняется, хотя в нерезкой форме, мы условно раздели период ремиссии на неустойчивую (до полугода) и устойчивую ремиссию [150]. Прототипом качественной стороны ремиссии явилась общепринятая классификация: спонтанные, терапевтические и вынужденные ремиссии.

Клиническая обособленность группы суицидентов подтверждается данными качественных характеристик ремиссий (рисунок 29).

Как видно из рисунка 29 спонтанные ремиссии фиксировались у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением в 16,7%, у больных второй группы в 23,1% случаях. Различия были недостоверны, однако удельный вес спонтанных ремиссий в основной группе аддиктов был меньше, чем в группе сравнения.

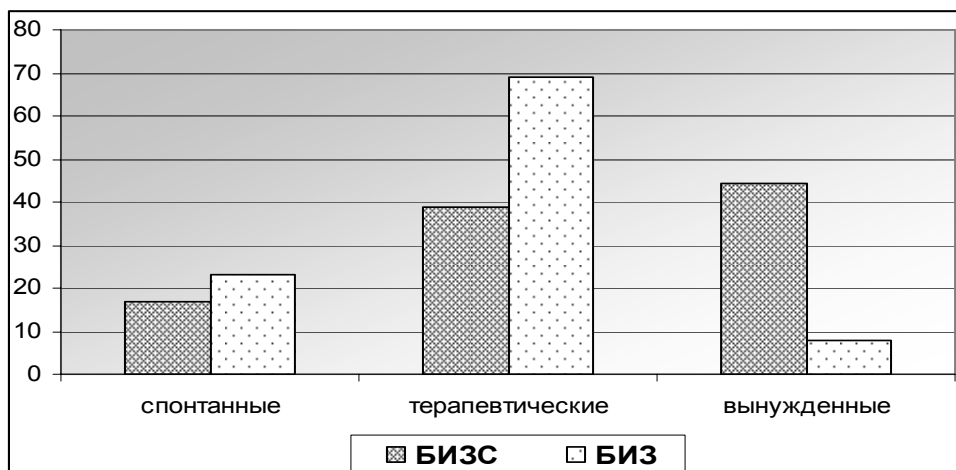


Рисунок 29. Клиническая характеристика ремиссий у больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ)

Терапевтические ремиссии также реже отмечались у пациентов группы БИЗС (38,9% и 69,2%). Можно предположить, что в общепринятый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий по зависимости от азартных игр не включены методы, направленные на суицидальную превенцию.

Достоверные отличия обнаружены по вынужденным ремиссиям, при этом их больше было в первой группе больных (44,4% и 7,7%). Несмотря на то, что прекращение участия в азартных играх было обусловлено внешними причинами (отсутствие финансов, переезд в другой регион, семейные конфликты). Тем не менее, это обстоятельство приводило к заметному снижению суицидальной активности у пациентов основной группы.

Обработка данных с расчетом достоверности отражена в таблице 97.

Таблица 97

Результаты данных по некоторым клиническим характеристикам лудомании

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Длительность периода систематической игры до формирования ИАС</i>		
до 6-ти месяцев	9,9	0,002
до 12 месяцев	3,68	0,05
до 18 месяцев	3,89	0,04
<i>Уровень заработной платы и сумма денежных долгов</i>		
заработанная плата	22,14	0,27
сумма денежных долгов	28,35	0,24
<i>Степень тяжести ИАС</i>		
легкая	0,20	0,64
средняя	3,68	0,05
тяжелая	3,57	0,05
<i>Характер ремиссии</i>		
спонтанные	0,27	0,60
терапевтические	3,99	0,04
вынужденные	10,02	0,001

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Игровой абстинентный синдром и период ремиссии были представлены соматовегетативными расстройствами (таблица 98).

Таблица 98

Структура соматовегетативных симптомов у патологических игроков

симптомы	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26		I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ИАС</i>				<i>Ремиссия</i>			
головные боли	14	77,8	6	23,1	10	55,6	4	15,4
головокружение	6	33,3	3	11,5	0	0,0	0	0,0
боли в сердце	10	55,6	13	50,0	6	33,3	2	7,7
анорексия	13	72,2	6	23,1	4	22,2	4	15,4
перепады АД	16	88,9	9	34,6	10	55,6	4	15,4
гиперемия лица	4	22,2	5	19,2	0	0,0	0	0,0
гипергидроз	9	50,0	11	42,3	5	27,8	6	23,1
тахикардия	7	38,9	12	46,2	9	50,0	3	11,5
гиперстезия	8	44,4	4	15,4	3	16,7	0	0,0

Полученные результаты позволяют говорить о большей степени выраженности нарушений вегетативной нервной системы, нежели о соматических расстройствах как таковых, что объясняется фактическим отсутствием непосредственно предшествующей манифестирующей в клинической картине интоксикации ПАВ. Следует отметить, что в половине случаев указанная симптоматика наблюдалась как в структуре ИАС, так и в ремиссии. Например, головные боли достоверно чаще фиксировались в ИАС в группе больных с суицидальным поведением. В ремиссии выраженность данного симптома была несколько меньше, тем не менее, он также превалировал в группе БИЗС. Такие симптомы как «головокружение» и «гиперемия лица» констатировались только в ИАС.

Высокий удельный вес кардиалгий отмечен при синдроме отмены и, что интересно, в ремиссии боли в сердце достоверно доминировали у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (33,3% и 7,7%). Анорексия, в отличие от кардиалгий, значимо отмечалась у больных первой группы при игровом абстинентном синдроме, тогда как в ремиссии по анорексии не выявлено каких-либо отличий.

Что касается перепадов артериального давления также как и гиперстезии, то их клиническая выраженность сохранялась в большей степени у суицидентов на протяжении указанных периодов заболевания.

Обращает на себя внимание показатель «тахикардия», который при ИАС у больных группы БИЗС встречался реже, а в ремиссии, наоборот, существенно преобладал у азартных игроков с суицидальным поведением.

Совершенно очевидно, что указанный перечень расстройств вне связи с действием токсических факторов и их преимущественное клиническое присутствие у суицидентов в различных фазах игровой зависимости свиде-

тельствует о психогенной обусловленности возникновения и развития соматовегетативных нарушений с возможным формированием психосоматических заболеваний.

Заслуживают внимания вопросы психопатологической квалификации у больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением. Тем более что психопатологические нарушения, а также динамика данных расстройств на различных этапах зависимости от азартных игр, сочетающейся с суицидальным поведением, практически не изучены. В наших исследованиях в зависимости от клинического сочетания симптомов выделены следующие синдромы: дисфорический, тревожно-депрессивный и астено-депрессивный (таблица 99).

Таблица 99

Структура психических нарушений у больных с зависимостью от азартных игр

синдромы	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)		I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	<i>ИАС</i>				<i>Ремиссия</i>			
дисфорический	4	22,2	1	3,8	6	33,3	2	7,7
тревожно-депрессивный	10	55,6	13	50,0	8	44,4	14	53,8
астено-депрессивный	4	22,2	12	46,2	4	22,2	10	38,5
всего	18	100,0	26	100,0	18	100,0	26	100,0

Дисфорическая симптоматика чаще наблюдалась как в структуре ИАС, так и в ремиссии у суицидентов. В клинике дисфорического синдрома выявлялись враждебность, легко возникающее раздражение, отмечались неконтролируемые вспышки гнева, агрессии. Дисфорическая симптоматика была тесно связана с психотравмирующими событиями. Пациенты эмоционально, включая и аффективные разряды, реагировали на родственников при упоминании долгов, которые надо возвращать. В беседе они упоминали других игроков, обвиняли их в приобщении обследуемых к азартным играм, выражали желание расправиться с ними. В поведении аддиктов констатировались придирчивость, склонность к импульсивным поступкам.

Несмотря на то, что отличий не получено, удельный вес тревожно-ипохондрического синдрома был высок как в структуре ИАС, так и в ремиссии. Повышенная тревога проявлялась внутренней дрожью, неусидчивостью, психологическим дискомфортом, внутренней напряженностью, нарушениями сна. Все это сопровождалось снижением настроения и усилением болевых ощущений. Отмечались соматовегетативные нарушения в виде повышенной потливости, тахикардии, перепадов АД, учащения дыхания.

Количество больных основной группы с астено-депрессивным синдромом на всех этапах было идентичным. В то же время удельный вес указанных расстройств в группе больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения незначительно снижался. Астено-депрессивный

синдром включал выраженные депрессивные и инсомнические расстройства. Депрессивная симптоматика клинически выражалась сниженным настроением с невыраженной лабильностью или ее отсутствием. Кроме того, у них наблюдалась выраженная астения. Патологические гемблеры предъявляли жалобы на усталость, повышенную чувствительность к внешним воздействиям, снижение работоспособности, головные боли, головокружение, чувство жара или озноба, нарушения сна, вплоть до бессонницы. Они большую часть времени проводили в пределах постели, практически не общались.

Анализируя синдромологию расстройств, мы пришли к заключению, что у суицидентов достоверно чаще фиксировался дисфорический синдром. Особенностью является то, что после аффективных разрядов они длительно испытывали чувство вины, обиды, недовольство собой. Иными словами грань направленности вектора агрессивных тенденций в структуре лудомании в сочетании с суицидальным поведением является весьма условной с доминированием тенденций интрапунитивного спектра.

Результаты обработки данных по соматовегетативным и психическим нарушениям приводятся в таблице 100.

Таблица 100

Результаты статистических данных.

Соматовегетативные и психические нарушения в структуре ИАС и ремиссии

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Соматовегетативные симптомы в структуре ИАС</i>		
головные боли	10,75	0,001
головокружение	1,37	0,24
боли в сердце	0,005	0,94
анорексия	8,48	0,004
перепады АД	11,15	0,001
гиперемия лица	0,161	0,68
гипергидроз	0,25	0,61
тахикардия	0,23	0,63
гиперстезия	4,53	0,03
<i>Соматовегетативные симптомы в ремиссии</i>		
головные боли	5,7	0,01
боли в сердце	5,45	0,02
анорексия	0,53	0,46
перепады АД	5,7	0,01
гипергидроз	0,13	0,72
тахикардия	7,93	0,005
гиперстезия	4,65	0,03
<i>Психические нарушения в структуре ИАС</i>		
дисфорический	3,57	0,05
тревожно-депрессивный	0,005	0,94
астено-депрессивный	2,63	0,10
<i>Психические нарушения в ремиссии</i>		
дисфорический	4,71	0,03
тревожно-депрессивный	0,38	0,54
астено-депрессивный	2,60	0,10

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Как и при наркологических расстройствах, патологическое влечение к игре (ПВИ) является синдромом, отражающим патогенез заболевания и определяющим стратегию и тактику. Исследование ПВИ у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением представляет научно-практический интерес. Собственные клинические наблюдения показали, что ПВИ у этого контингента имеет специфические структурные психопатологические особенности.

О.Ж. Бузик [30], предложил шкалу оценки тяжести ПВИ, которая была использована в нашем исследовании. Автор настоящей шкалы включил в нее показатели по суицидальной активности, чего нет в шкалах других авторов.

Анализ особенностей ПВИ в сравниваемых группах показал различия в его проявлениях (таблица 101).

Таблица 101

Результаты психопатологического исследования ПВИ у больных игроманией

компоненты патологического влечения к игре	баллы	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
		абс.	%	абс.	%
Идеаторный компонент					
Расстройства первого уровня					
1. Мысли об игре возникают эпизодически или отсутствуют, проявляются и усиливаются при разговорах на тему игры или нахождении в игровом зале. Они не затмевают и не подменяют другие жизненные интересы. Критика к игровой зависимости формальная. Установка на лечение ситуационная	1	1	5,6	2	7,7
2. Мысли об игре актуальны, возникают часто, влияют на все интересы больного, занимают значительную часть времени. Больной предпочитает говорить на «игровую» тематику, с трудом отвлекается на другие темы, невнимателен, задумчив. Недостаточно интересуется нейтральными для него событиями. Критика к болезни частичная. Возникают мысли о нецелесообразности лечения. Пессимистическая оценка жизненной перспективы	2	4	22,2	2	7,7
3. Мысли об игре и на темы, связанные с игрой, постоянны, подавляют или исключают другие мысли, характеризуются гиперболичностью, влияют на намерения и действия пациента. Они не поддаются разубеждению, отвлечению. Имеют место представления сцен игры с участием самого игрока. Любая поступающая информация соизмеряется с возможностью реализации в игре. Отсутствие критики к болезни. Мысли о лечении не возникают и полностью отвергаются при предложении со стороны. Возможно появление идей самообвинения и суицидальных мыслей	3	5	27,8	0	0,0
Расстройства второго уровня					
Отсутствуют	0	0	0,0	0	0,0
В первую очередь характеризуются специфическим идеаторным фоном (настроенностью), который проявляет себя: настороженностью (недоверием), к людям, ощущением недоброжелательности и неискренности с их стороны, восприятием других людей (в том числе и членов семьи), как угрозу собственному благополучию;	3	4	22,2	2	7,7

убежденностью в своей необычности, особых способностях, отличности от других, ощущением наделенности даром особого везения, верой в свою удачливость. Конкретные проявления заключаются в следующих, наиболее часто встречающихся расстройствах: 1) свехобобщение, 2) произвольное умозаключение, 3) избирательное абстрагирование, 4) преувеличение и преуменьшение, 5) персонификация					
<i>Аффективный компонент</i>					
<i>I. Депрессивная симптоматика</i>					
1. Хмурый взгляд, неразговорчивость, грустное выражение лица, сниженное настроение	1	3	16,7	5	19,2
2. Снижение интереса к окружающему, подавленное настроение, отсутствие желания работать или что-либо делать, уменьшение потребности в общении, чувство вины перед близкими за свое поведение	2	6	33,3	7	26,9
3. Снижение витальных потребностей, угнетенное тоскливое настроение, «потухший взгляд», общая подавленность, стремление к одиночеству, отвержение эмоциональных контактов, безразличие к окружающему, безучастность	3	5	27,8	9	34,6
<i>II. Тревога</i>					
1. Возникает временами, при воспоминаниях об игре или негативных событиях связанных с ее последствиями (проигранных деньгах, семейных конфликтах и др.)	1	3	16,7	3	11,5
2. Отмечается большую часть дня. Связана, как правило, с мыслями об игре или с игровыми событиями, но возможна и вне этой связи	2	9	50,0	11	42,3
3. Постоянная как фон с приступообразным усилением. Напряженное ожидание надвигающейся неопределенной опасности с ощущением своего полного бессилия перед ней	3	12	66,7	18	69,2
<i>III. Эмоциональная лабильность</i>					
1. Перепады настроения, возникающие при воспоминаниях о негативных последствиях игры и связанных с ней событиями, или при разговорах на игровую тематику	1	3	16,7	1	3,8
2. Частые перепады настроения, возникающие как ситуационно, так и без внешних видимых причин, сопровождающиеся взволнованностью и слезливостью	2	5	27,8	1	3,8
3. Выраженные перепады настроения, наблюдающиеся в течение всего дня, слезливость, необоснованная обидчивость, требование к себе повышенного внимания, сочувствия	3	10	55,6	7	26,9
<i>IV. Дисфория</i>					
1. Гневливость, ворчливость, конфликтность, недовольство собой и окружающими	1	4	22,2	4	15,4
2. Напряженность, раздражительность, злобность, с приступами тоскливо-гневливого отчаяния	2	9	50,0	3	11,5
3. Тоска, подавленность, взрывчатость, вспышки агрессии или аутоагрессии	3	7	38,9	2	7,7
<i>Поведенческий компонент</i>					
1. Некоторая суетливость и непоседливость при разговорах на тему игры. Активное поддержание разговоров на игровую тематику. Податливость к провоцированию и индицированию на игру со стороны других пациентов.	1	1	5,6	6	23,1

Настроенность на прием лекарств					
2. Пронос игральные карты в стационарное отделение, организация групповой игры с вовлечением других больных. Заключение пари со ставками на телевизионные футбольные матчи. Игра в компьютерные, карточные и другие игры. Стремление к заключению пари с больными и даже с персоналом по любому поводу. Конфликтность с персоналом при напоминании о приеме лекарственных препаратов	2	7	38,9	6	23,1
3. Пассивность, молчаливость, раздражительность. Конфликтность с персоналом. Настоятельная просьба отпустить на несколько часов для решения «важных» проблем на работе или дома. Негативизм при необходимости приема лекарств. Снижение чувства дистанции при общении с врачом и медицинским персоналом, повышенная претенциозность, несоблюдение режима отделения, требование к себе особого внимания. Временами неусидчивость и беспокойство. Возможно суицидальное поведение	3	9	50,0	5	19,2
Вегетативный компонент					
<i>I. Нарушения сна</i>					
1. Трудность засыпания с явлениями ментизма на игровую тематику, иногда раннее пробуждение	1	2	11,1	4	15,4
2. Трудность засыпания частые пробуждения с трудностью последующего засыпания, раннее пробуждение с чувством разбитости, невыспанности	2	5	27,8	6	23,1
3. Трудность засыпания частые пробуждения, тревожный поверхностный сон, нередко полное отсутствие сна	3	7	38,9	3	11,5
<i>II. Сновидения</i>					
1. Сновидения на игровую тематику, как правило, эмоционально нейтральные или позитивно окрашенные с картинками выигрышных ситуаций, в которых сам больной является центральным персонажем. Сон часто односюжетный. Больной без особой детализации может воспроизвести основную фабулу сна	1	3	16,7	4	15,4
2. Яркие эмоционально насыщенные сновидения на игровую тематику, как правило, негативно окрашенные со сценами значительных проигрышей или «постоянно ускользающих» выигрышей и невозможностью отыгратья. При частых пробуждениях отмечается либо смена сюжета сна, либо стереотипно повторяющееся сновидение с клишированным негативным финалом. Стройное воспроизведение сна затруднено из-за его многосюжетности и поглощенности общим эмоционально негативным фоном	2	5	27,8	12	46,2
3. Кошмарные сновидения на игровую тематику (угроза расправы со стороны кредиторов или правоохранительных органов за растрату казенных денег), так и на тематику катастроф (крушение поезда, в котором погибает либо сам больной, либо его родственники; землетрясение, кораблекрушение, автокатастрофа и т.п.). При поверхностном сне эмоциональные реакции насыщены. Больного нередко охватывает страх, поскольку он не всегда сразу понимает, где сон, а где явь. Воспроизведение сна затруднено, так как при попытке его описания больной вспоминает, прежде всего, эмоциональное состояние, с ним связанное, что затрудняет воспроизведение	3	7	38,9	3	11,5

<i>III. Нарушения аппетита</i>					
1. Неустойчивость аппетита, порой, с ощутимым изменением вкусовых пристрастий (потребность в сладкой, соленой, копченой или другой пище)	1	5	27,8	3	11,5
2. Выраженное изменение аппетита (снижение или, наоборот, повышение) с нередко возникающими диспепсическими расстройствами (тошнота, ощущение тяжести в желудке, жжение в эпигастральной области и др.) при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта	2	10	55,6	4	15,4
3. Полное отсутствие аппетита или значительно повышенный аппетит без ощущения сытости. Возможно изменение (извращение) или выраженное снижение вкусовых ощущений	3	9	50,0	3	11,5

Согласно представленным результатам, достоверные отличия по идеаторному компоненту патологического влечения к игре получены в расстройствах первого уровня максимальной степени выраженности. Данные расстройства фиксировались лишь в группе больных зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением. Одним из признаков предрецидивного состояния является учащение мыслей об игре и усиление игровых фантазий [56]. Помимо представлений и фантазий об игре, пациенты приводили аргументы в пользу продолжения игры (22,2% и 7,7%). При этом данные убеждения были весьма стойкие. Не останавливало больных и подробное описание медико-социальных последствий, включая суицидогенный риск. Мы солидарны с мнением В.Б. Альтшулера [7], который считает, что эти проявления близкие к паранойяльным, поскольку они являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного. Судя по клинике, они затрагивают более глубокий уровень расстройств. Поэтому были отнесены к расстройствам второго уровня. Удельный вес пациентов с идеаторным компонентом ПВИ в группе БИЗС составил в среднем 19,5% и 5,8%. То есть разница между группами была в 3,3 раза.

Среди аффективных нарушений ожидаемых отличий по депрессивной симптоматике в сторону большего ее преобладания у больных основной группы не выявлено. Депрессивная симптоматика легкой степени (один балл) у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением констатировалась в 16,7% случаях, у больных игровой зависимостью без суицидального поведения – в 19,2%; депрессия средней степени выраженности (два балла) – у 33,3% и 26,9% и тяжелая депрессия – у 27,8% и 34,6%.

По тревоге также не обнаружено отличий в сравниваемых группах. Вместе с тем, удельный вес тревожных расстройств был весьма высокий, что лишь подтверждает описанную выше динамику психопатологических особенностей зависимости от азартных игр в структуре ИАС и ремиссии.

Эмоциональная лабильность средней и тяжелой степени выраженности существенно была больше у больных с зависимостью от азартных игр с суи-

цидальным поведением. С определенной долей уверенности можно предположить, что при прочих равных условиях азартных игроков-суицидентов отличает более выраженная импульсивность, слабость эмоционально-волевого контроля и низкая фрустрационная толерантность. Тем более пациенты первой группы отмечали, что их устойчивость настроения зависит от действия внешних факторов (незначительные семейные конфликты).

Дисфорические состояния с гетеро-и аутоагрессивными тенденциями, с ворчливостью, напряженностью, конфликтностью, подавленностью значительно преобладали в основной группе больных. Важно отметить, что в группе больных с суицидальным поведением дисфорические состояния, как правило, проявлялись сочетанием агрессивных и аутоагрессивных реакций, а у больных без суицидального поведения преобладали агрессивные тенденции.

Что касается поведенческого компонента, то обнаруженные нарушения поведения являются главной чертой патологических гемблеров [153]. Им присущи трудности в понимании, оценке поведения окружающих людей, неспособность выбрать продуктивный способ взаимодействия с человеком; сложности в избегании психотравмирующих ситуаций. Наиболее четко поведенческий компонент ПВИ наблюдался в основной группе больных, так как достоверные отличия были выявлены по резко выраженным (три балла) поведенческим расстройствам (50,0% и 19,2%).

Утяжеление клиники зависимости от азартных игр за счет присоединения суицидального поведения определяется показателями вегетативного компонента ПВИ. Кошмарные сновидения на игровую и суицидальную тематику обуславливали у больных обеих групп частые пробуждения, сопровождающиеся чувством страха, беспокойством, повышенной потливостью и учащением сердцебиений. В этой связи нарушался ритм сна и бодрствования, так как засыпание чаще было к 3-4 часам утра, а пробуждение - после полудня. При этом они после пробуждения чувствовали разбитость, головные боли и раздражительность. Следует отметить, что после многократных повторений снов на суицидальную тематику: «Мне угрожали расправой, я не выдержал и застрелился или утопился» у больных основной группы снижалось настроение, возникало чувство вины за создавшуюся ситуацию.

Обращает на себя внимание показатель «нарушения аппетита». Данные расстройства средней и тяжелой степени выраженности достоверно чаще фиксировались у пациентов группы БИЗС. Как правило, изменения аппетита были в виде его снижения на всех периодах зависимости от азартных игр. Безусловно, нарушения аппетита в виде анорексии являются неотъемлемой составляющей синдрома патологического влечения к игре. В тоже время отсутствие аппетита у больных основной группы сопровождалось актуализацией суицидального поведения в виде суицидальных мыслей.

Обработка статистических данных по компонентам синдрома патологического влечения к игре отражена в таблице 102.

Таблица 102

Результаты статистических данных в отношении компонентов ПВИ		
показатели	значение критерия χ^2-Пирсона	уровень значимости
<i>Идеаторный компонент</i>		
Расстройства первого уровня		
мысли об игре – 1 балл	0,076	0,78
мысли об игре – 2 балла	1,91	0,16
мысли об игре - 3 балла	8,15	0,004
Расстройства второго уровня		
расстройства – 3 балла	1,91	0,16
<i>Аффективный компонент</i>		
снижение настроения – 1 балл	1,45	0,22
снижение настроения – 2 балла	0,21	0,647
снижение настроения – 3 балла	0,23	0,62
тревога – 1 балл	0,24	0,62
тревога – 2 балла	0,25	0,61
тревога – 3 балла	0,032	0,85
эмоциональн. лабильность – 1 балл	2,12	0,14
эмоциональн. лабильность – 2 балла	5,17	0,02
эмоциональн. лабильность – 3 балла	3,68	0,05
дисфория – 1 балл	0,53	0,46
дисфория – 2 балла	7,93	0,005
дисфория – 3 балла	6,36	0,01
<i>Поведенческий компонент</i>		
нарушения поведения – 1 балл	0,27	0,60
нарушения поведения - 2 балла	1,27	0,25
нарушения поведения - 3 балла	4,64	0,03
<i>Вегетативный компонент</i>		
нарушения сна – 1 балл	0,17	0,68
нарушения сна – 2 балла	0,032	0,85
нарушения сна – 3 балла	4,53	0,03
<i>Сновидения</i>		
сновидения – 1 балл	0,013	0,90
сновидения – 2 балла	1,52	0,21
сновидения – 3 балла	4,53	0,03
<i>Нарушения аппетита</i>		
нарушения аппетита – 1 балл	1,87	0,17
нарушения аппетита – 2 балла	5,7	0,01
нарушения аппетита – 3 балла	7,93	0,005

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$.
Эмоциональн. лабильность - эмоциональная лабильность

Для аддиктов характерна игровая деградация, включающая морально-этические, интеллектуальные, эмоциональные и поведенческие нарушения, приводящие к личностной социально-психологической дезадаптации [66].

Установлены следующие медико-социальные последствия лудомании (таблица 103).

Изменения личности находили свое отражение в крайнем эгоцентризме, лживости и циничности. Достоверные отличия получены по цинизму

Характеристика медико-социальных последствий зависимости от азартных игр

длительность	I группа (БИЗС) n=18		II группа (БИЗ) n=26	
	абс.	%	абс.	%
<i>Психопатоподобные расстройства</i>				
эгоцентризм	5	27,8	2	7,7
лживость	4	22,2	3	11,5
циничность	7	38,9	3	11,5
вспыльчивость	11	61,1	3	11,5
агрессивность	7	38,9	3	11,5
скандальность	3	16,7	0	0,0
распушенность	6	33,3	1	3,8
хулиганство	5	27,8	3	11,5
своевольность	3	16,7	4	15,4
тщеславие	2	11,1	2	7,7
безразличие	9	50,0	4	15,4
<i>Социально-психологическая дезадаптация</i>				
паразитизм	9	50,0	2	7,7
воровство	5	27,8	4	15,4
безответственность	5	27,8	1	3,8
вымогательство	3	16,7	1	3,8
притуп. род. долга	6	33,3	4	15,4
притуп. пр. долга	7	38,9	2	7,7

Примечание. Притуп. род. долга - притупление чувства родительского долга; притуп. пр. долга - притупление чувства профессионального долга

с превалированием его у больных с суицидальным поведением.

Иллюстративны показатели по психопатоподобным расстройствам: вспыльчивости, агрессивности и скандальности. В беседе пациенты основной группы чаще предъявляли претензии и не соблюдали дистанцию.

Асоциальность поведения проявлялась сексуальной распушенностью, хулиганскими действиями и своевольностью. Личностные изменения приобретали истероидную окраску, что клинически выражалось в демонстративности и позерстве в поведении, тщеславии.

Обращает на себя внимание показатель «безразличие», который был больше в основной группе больных. Безразличие выражалось не только к семье, но и к своему здоровью. Патологические игроки не интересовались процессом лечения. К ядерным процессам патологического пристрастия наряду с неспособностью принимать себя, относятся и саморазрушение. В дальнейшем самосаботажи могут начать осознаваться и приводить к обесцениванию всех ценностей, включая и собственную персону [166].

Паразитические тенденции выявлялись у 50,0% и 7,7% больных. Аддикты относились безответственно к своему положению, не стремились трудоустроиться. Они находились на иждивении родственников, игроки занимались воровством и вымогательством денежных средств, а также не проявляли заботы к своим родителям, детям и другим членам семьи.

У суицидентов медико-социальные последствия характеризовались

большой тяжестью. С одной стороны, суицидальное поведение усугубляет течение аддиктивной патологии, с другой стороны, выраженность признаков социальной дезадаптации у суицидентов отражает их низкую фрустрационную толерантность и социальную приспособляемость (таблица 104).

Таблица 104

Результаты статистических данных.

Медико-социальные последствия зависимости от азартных игр

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Психопатоподобные расстройства</i>		
эгоцентризм	3,21	0,07
лживость	0,91	0,34
циничность	4,53	0,03
вспыльчивость	12,05	0,001
агрессивность	4,53	0,03
скандальность	4,65	0,03
сексуальная распушенность	6,91	0,009
хулиганские действия	1,88	0,17
своевольность	0,013	0,90
тщеславие	0,15	0,69
безразличие	6,12	0,01
<i>Социально-психологическая дезадаптация</i>		
паразитизм	10,15	0,001
воровство	1,01	0,31
безответственность	5,59	0,01
вымогательство	2,11	0,14
притупление чувства родит. долга	1,95	0,16
притупление чувства профес. долга	6,36	0,01

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Корреляционный анализ позволил определить связи между клиническими особенностями лудомании и суицидальным поведением (табл. 105).

Таблица 105

Оценка степени корреляционной взаимосвязи в отношении клинических характеристик зависимости от азартных игр в сравниваемых группах

показатели	Коэффициент «Ф»	
	значения	уровень значимости
<i>Степень тяжести игрового абстинентного синдрома</i>		
средняя	-0,289	0,05
тяжелая	0,343	0,02
<i>Патологическое влечение к игре</i>		
<i>Идеаторный компонент</i>		
мысли об игре – 2 балла	0,289	0,05
<i>Аффективный компонент</i>		
снижение настроения – 3 балла	0,321	0,03
эмоциональн. лабильность – 3 балла	0,325	0,03
<i>Вегетативный компонент</i>		
сновидения – 2 балла	0,325	0,03
нарушения аппетита – 3 балла	0,447	0,003

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Установлена обратная слабая корреляционная связь между средней степенью тяжести ИАС и суицидальным поведением. Тогда как между тяжелой степенью ИАС и суицидальной активностью выявлена прямая средняя связь. Эти взаимоотношения не являются случайными, так как суицидальное поведение в структуре лудомании усугубляет течение патологического гемблинга.

Имеется слабая положительная связь между идеаторным компонентом ПВИ и суицидальным поведением. С одной стороны, ярко выраженные мысли на игровую тематику свидетельствуют о выраженности патологического влечения. С другой стороны, уход в игру, даже на идеаторном уровне – есть уход от реальности. В свою очередь уход от реальности является причиной развития не только патологического пристрастия, но и суицидального поведения.

Тяжелая депрессивная симптоматика прямо коррелировала с суицидальным поведением. О том, что депрессия обладает высоким суицидогенным потенциалом у психических больных вообще и у аддиктивных больных, в частности, общеизвестный факт.

Установлена положительная корреляционная связь между выраженной эмоциональной лабильностью и суицидальными тенденциями. Именно группа больных с суицидальным поведением отличалась от больных группы сравнения большей слабостью эмоционально-волевых процессов и остротой реагирования на психотравмирующие ситуации.

Выявлена средняя положительная корреляционная связь между диссомническими расстройствами и суицидальным поведением. Ранее нами описывался факт взаимосвязи актуализации суицидального поведения с качественными и количественными характеристиками сна.

Обращают на себя внимание средние прямые корреляционные взаимоотношения между нарушениями аппетита и суицидальным поведением. Безусловно, вовлеченность в игру обуславливала возникновение нарушений пищевого поведения чаще в виде анорексии. Можно предположить, что зависимость от азартных игр блокировала витальные потребности больных и способствовала актуализации суицидальных тенденций.

Матери больных с аддиктивными расстройствами

Действительно парадокс состоит в том, что накопилось достаточно данных по феномену созависимости. Однако лечебно-реабилитационные мероприятия по-прежнему ориентированы на зависимого больного [125].

Матери с суицидальным поведением отличались от матерей без суицидального поведения. Так, обнаружены особенности по соматические заболевания, впервые появившиеся вслед за психогенией (таблица 106).

Как видно из таблицы 106 соматические расстройства в группе

Структура соматических расстройств у матерей зависимых больных

соматические заболевания	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
гипертоническая болезнь	7	25,0	10	13,5
ишемическая болезнь сердца	3	10,7	5	6,7
язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки	3	10,7	3	4,0
мигрень	2	7,1	4	5,4
нейродермит	2	7,1	4	5,4
всего	17	60,6	26	35,0

матерей с суицидальным поведением значительно превышали группу матерей без суицидального поведения. Другими словами, разность показателей по соматическим заболеваниям составила 1,7 раза. Соматическая патология четко корреспондировала с аффективными расстройствами. Максимальная выраженность соматических заболеваний у матерей отмечалась при рецидивах и абстинентных состояниях у их зависимых детей. При обострении соматических заболеваний матери обращались к специалистам не психиатрического профиля. В период длительной ремиссии у больных, соматические нарушения у матерей подвергались значительной редукции. Этот факт позволяет отнести заболевания, приведенные в таблице к психосоматическим.

Достоверность различий констатировалась между женщинами сравниваемых групп по гипертонии и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с превалированием их в группе матерей с суицидальным поведением. Невозможность взять ситуацию под контроль, тягостность, неопределенность, тревожность, фрустрированность и продолжительность психотравмы актуализировали у матерей первой группы негативные, в том числе суицидальные тенденции. Вместе с тем, они пытались длительно подавлять отрицательные эмоции. Однако неотреагированные эмоции разряжались, на наш взгляд, в соматовегетативных нарушениях: головные боли, головокружения, учащенные сердцебиения, колебания АД, кардиалгии, вазомоторные реакции, дисфункции ЖКТ, нарушения пищевого поведения и сна (таблица 107).

Таблица 107

Структура соматовегетативных симптомов у матерей зависимых больных

симптомы	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
головные боли	8	28,5	14	18,9
головокружение	6	21,4	28	37,8
боли в сердце	15	53,5	9	12,1
перепады АД	8	28,5	26	35,1
тахикардия	5	17,8	15	20,2
вазомоторные реакции	13	46,4	19	25,6
дисфункции ЖКТ	5	17,8	25	33,7
анорексия, переедание	7	25,0	10	13,5
нарушения сна	14	50,0	25	33,8

Безусловно, первоначальное ознакомление родителей с характером аддикции ребенка, оценкой перспектив и прогноза заболевания (как правило, аддиктивные расстройства воспринимаются здоровыми людьми как малокурабельные, связанные с большими моральными и финансовыми затратами) равносильно мощному шоку. Нами при изучении клинических особенностей психических нарушений у матерей и жен за основу была взята динамика стрессогенных расстройств, предложенная Ю.В. Добровольской [61]. Она (динамика) включает следующие этапы: 1) острых невротических реакций на стресс; 2) невротических состояний; 3) хронификации психогенных расстройств (тенденция к формированию невротического развития личности).

Анализ этапа острых невротических реакций на стресс (продолжительность от момента обнаружения аддиктивного заболевания 3 – 4 месяца) не проводился в виду отсутствия объективных сведений. Женщины ссылались на давность событий, они не обращались за помощью, самостоятельно справлялись с семейными и профессиональными обязанностями. Однако общим для них в этот период был аффект тревоги, сопровождающийся утомляемостью, напряженностью, нарушениями сна. Наблюдалась синдромологическая незавершенность, фрагментарность и тенденция указанных расстройств к самокоррекции. На начальных этапах аддиктивного заболевания у детей, матери проявляли высокую активность посредством полной изоляции, тотального контроля, поиска клиники, эффективных мер лечения. Реалистическая оценка прогноза аддикции, частота рецидивов, клиническая структура абстинентного синдрома, сопутствующая соматическая патология, личностные изменения и криминализация больного, обуславливали у матерей трансформацию тревожной симптоматики в депрессивную. Дополнительными факторами служили длительность психотравмирующей ситуации, конфликтные ситуации в семье. Следует отметить, что, несмотря на ухудшение психосоматического статуса матерей с суицидальным поведением, у них констатировалась выраженная жертвенность поведения. На лечение своего ребенка матери тратили большие суммы денег в ущерб своей семье, постоянно недосыпали, нарушали устоявшейся годами режим питания, перестали следить за своим внешним видом. Во втором (от четырех месяцев до одного года) и третьем периодах (от полутора лет и более) обнаружены ряд качественных особенностей динамики психогенных расстройств, прослеживалась тенденция к количественному и качественному усложнению клинических феноменов. Расстройства определялись рамками депрессивного, истерического и эксплозивного синдрома (таблица 108).

Депрессивная симптоматика превалировала в группе МС, она характеризовалась гипотимным аффектом, неглубоким чувством тоски, плаксивостью, снижением аппетита и активности при выполнении домашних и профессиональных обязанностей, утратой интересов, избеганием привычных

Структура психических нарушений у матерей зависимых больных

синдромы	I группа (МС) n=28		II группа (МАБ) n=74	
	абс.	%	абс.	%
депрессивный	7	25,0	10	13,5
истерический	15	53,6	29	39,2
эксплозивный	6	21,4	35	47,3
всего	28	100,0	74	100,0

контактов, телефонных разговоров. Особенностью депрессивных расстройств у матерей с суицидальным поведением было наличие идей самообвинения, самоуничужения, чувства вины. Они считали, что «недосмотрели», не уделяли должного внимания к ребенку. Состояние депрессии сопровождалось болями в области сердца, колебаниями АД, головокружением потливостью, расстройствами желудочно-кишечного тракта. Сновидения были кошмарного и суицидального характера: «Он умер, я пошла и повесилась». Пессимизм и недовольство сложившейся личной судьбой становились устойчивой личностной чертой.

Истерические расстройства достоверно чаще фиксировались в группе матерей с суицидальным поведением. Клиническая картина проявлялась демонстративностью в поведении, плаксивостью, эмоциональной неустойчивостью, быстрой сменой настроения, стремлением привлечь к себе внимание, жалость и сочувствие со стороны окружающих. Среди близких людей матери первой группы жаловались на свою «несчастливую жизнь». Фиксировался экстернальный локус контроля. Женщины обвиняли государственные структуры, что они ничего не делают в предотвращении распространения алкоголя, наркотиков, игровых залов, высказывали претензии в адрес ребенка и близких родственников. Матери предъявляли жалобы на неприятные и болезненные ощущения в области сердца и других частях тела.

В условиях длительной психотравмы, у части матерей обеих групп выявлялась неустойчивость настроения с вспышками раздражительности, гнева, обиды. Указанные эмоциональные расстройства находили свое отражение не только внутри семьи, но в других сферах социального взаимодействия. Женщины сообщали, что стали более несдержанными с друзьями, коллегами по работе. При этом аффективные вспышки возникали в ответ на незначительные внешние раздражители. Эмоциональное возбуждение сопровождалось колебаниями АД, головными болями, вазомоторными реакциями. Особенность эксплозивного синдрома у матерей первой группы проявлялась преобладанием интрапунитивных реакций над экстрапунитивными.

Данные с расчетом достоверности приведены в таблице 109.

Результаты данных. Соматовегетативные и психические нарушения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Соматические заболевания</i>		
гипертоническая болезнь	8,106	0,004
ишемическая болезнь сердца	0,504	0,47
язвенная болезнь	8,169	0,004
мигрень	1,17	0,27
нейродермит	1,17	0,27
<i>Соматовегетативные симптомы</i>		
головные боли	0,017	0,89
головокружение	0,703	0,41
боли в сердце	28,24	0,001
перепады АД	0,081	0,77
тахикардия	0,306	0,58
вазомоторные реакции	12,6	0,001
дисфункции ЖКТ	9,99	0,002
анорексия, переедание	8,106	0,004
нарушения сна	9,85	0,002
<i>Психические нарушения</i>		
депрессивный синдром	8,106	0,004
истерический синдром	17,62	0,001
эксплозивный	0,73	0,37

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Жены больных с аддиктивными расстройствами

Последние исследования показывают, что жены пациентов с аддиктивными расстройствами часто испытывают дистресс, связанный с нарушенными семейными взаимоотношениями [24, 140, 183]. Это в дальнейшем способствует развитию у них психосоматических [160, 211], депрессивных и невротических расстройств, а также актуализации суицидальных тенденций.

Регистр ассоциированной с состоянием созависимости соматоневрологической патологии настолько масштабен и полиморфен, что может быть представлен фактическим многими известными в клинической медицине патологическими состояниями. Однако собственные наблюдения показали, что нахождение в хронической психотравмирующей ситуации, постоянное ожидание очередного срыва от аддиктивного мужа, повышенная конфликтность, семейная и финансовая нестабильность, состояние беспомощности обуславливали у жен возникновение психосоматических расстройств. Выявленная взаимосвязь обострения соматических заболеваний с психогениями позволила нам отнести указанные расстройства к психосоматическим (табл. 110).

Достоверные отличия получены по ИБС и по вегетососудистой дистонии. Вместе с тем удельный вес соматических заболеваний в первой группе жен весьма высокий, и превышает аналогичные показатели второй группы жен в 1,4 раза.

Структура соматических расстройств у жен зависимых больных

соматические заболевания	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
гипертоническая болезнь	6	20,7	17	23,3
ишемическая болезнь сердца	8	27,6	4	5,4
мигрень	4	13,8	14	19,2
нейродермит	0	0,0	6	8,2
вегетососудистая дистония	9	31,0	7	9,6
всего	27	93,1	48	65,7

Что позволяют сделать вывод о большей психологической уязвимости и меньшей стрессоустойчивости жен основной группы. Симптоматика проявлялись в виде головных болей, перепадов АД, вазомоторных реакций, нарушениями пищевого поведения и сна (таблица 111).

Таблица 111

Структура соматовегетативных симптомов у жен зависимых больных

симптомы	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
головные боли	5	17,2	8	10,9
перепады АД	4	13,8	5	6,8
вазомоторные реакции	6	20,7	32	43,8
анорексия, переедание	4	13,8	2	2,7
нарушения сна	6	20,7	3	4,1
всего	25	86,2	50	68,3

Наибольшее количество расстройств было в виде вазомоторных реакций, которые достоверно реже отмечались в основной группе жен. Значимые различия были получены по показателю «нарушения пищевого поведения» в сторону большего преобладания их у жен с суицидальным поведением. Снижение аппетита, вплоть до анорексии у женщин фиксировалось в абстинентный период аддиктивного расстройства у их мужей, тогда как резкое повышение аппетита у жен обнаруживалось в период ремиссии у их аддиктивных мужей. Опрос жен не выявил каких-либо суицидально намеренных стратегий при несоблюдении режима питания. Однако ухудшение соматического статуса было связано с нарушениями пищевого поведения. Диссомнические расстройства чаще констатировались в группе ЖС. Тревожный поверхностный сон у них наблюдался в периоды интоксикации и абстинентных явлений у аддиктивных мужей. Жены основной группы подолгу не могли уснуть, так как переживали, что их мужья в таком состоянии могут что-либо с собой сделать: «Вдруг повеситься».

Анализ этапа острых невротических реакций на стресс (продолжительность от момента обнаружения аддиктивного заболевания три-четыре месяца) не проводился в виду отсутствия объективных сведений. Жены также как и матери ссылались на давность событий, они не обращались за по-

мощью, самостоятельно справлялись с семейными и профессиональными обязанностями. Однако общим для них в этот период был аффект тревоги, сопровождающийся утомляемостью, напряженностью, раздражительностью, нарушениями сна. Наблюдалась синдромологическая незавершенность, фрагментарность и тенденция указанных расстройств к быстрой редукции.

На начальных этапах аддиктивного заболевания у мужей, жены проявляли высокую активность посредством полной изоляции, требованиями рассказать о лицах, вовлекших их мужей в аддикцию, о точках распространения наркотиков, жены пытались выяснить места расположения игровых залов. Чаще активность жен по предотвращению развития аддиктивного расстройства сопровождалась угрозами, шантажом развода, телефонными звонками родителям мужа.

Неразрешимость ситуации, ощущение беспомощности, клиническая картина аддиктивного расстройства обуславливали у жен первой группы трансформацию тревоги в депрессивную симптоматику с суицидальными мыслями. В динамике психические расстройства становились более продолжительными, устойчивыми и частыми с последующим синдромообразованием. По сути, формировалась привычная форма реагирования на стрессовые ситуации.

Психические расстройства определялись рамками депрессивного, истерического и дисфорического синдрома (таблица 112).

Таблица 112

Структура психических нарушений у жен зависимых больных

синдромы	I группа (ЖС) n=29		II группа (ЖАБ) n=73	
	абс.	%	абс.	%
депрессивный	11	37,9	41	56,2
истерический	9	31,0	9	12,3
дисфорический	9	31,0	23	31,5

Депрессивная симптоматика характеризовалась сниженным фоном настроения, чувством беспомощности, обиды и никчемности. Жены с депрессивным синдромом считали, что это их «крест». У жен первой группы отмечено наличие идей самообвинения, самоуничужения, чувства вины. В возникновении аддиктивного заболевания у мужей, они обвиняли себя. Выявлялось снижение социальной активности. Следует отметить, что по мере прогрессирования аддикций у мужей, у их жен реакция на стрессовые ситуации в виде сниженного настроения, пессимистической оценкой окружающего становилась стереотипной. Иные способы выхода из сложившейся ситуации женами не рассматривались: «Это неизбежно, ничего не поможет».

Иллюстративны показатели по истерическим расстройствам, которые значимо констатировались у жен основной группы. Клиническая картина

проявлялась демонстративностью в поведении, плаксивостью, манерностью, эмоциональной неустойчивостью. Во взаимоотношениях с мужьями женщины прибегали к шантажу, они считали, что их мужья испортили им лучшие годы жизни. Обращает на себя внимание тот факт, что декларируемое бедственное семейное положение находилось с диссонансом внешнего вида. Женщины богато и броско одевались, ярко накладывали макияж. Мужу и детям жены уделяли меньше внимания, полагая, что хуже всего приходится именно им (собственно женам).

У части жен наблюдался дисфорический синдром, который в обеих группах распределился в равных пропорциях. На психогении они реагировали раздражением, агрессивностью, недовольством. Также обнаруживались неустойчивость настроения, властность, настойчивость. В целом, жен с дисфорическим синдромом отличала конфликтность, скандальность, несдержанность эмоций, склонность к формированию застойного аффекта распространяющаяся на другие сферы жизнедеятельности (друзья, работа, отдых).

Данные с расчетом достоверности приведены в таблице 113.

Таблица 113

Результаты данных. Соматовегетативные и психические нарушения

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Соматические заболевания</i>		
гипертоническая болезнь	0,080	0,77
ишемическая болезнь сердца	9,771	0,002
мигрень	0,414	0,52
нейродермит	2,533	0,11
вегетососудистая дистония	8,613	0,003
<i>Соматовегетативные симптомы</i>		
головные боли	0,002	0,96
перепады АД	1,244	0,26
вазомоторные реакции	4,757	0,02
анорексия, переедание	4,580	0,03
нарушения сна	7,092	0,008
<i>Психические нарушения</i>		
депрессивный синдром	2,761	0,09
истерический синдром	4,112	0,04
дисфорический синдром	0,002	0,96

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Таким образом, патологически функционирующая семейная система проявляется утяжелением клиники аддикций у больных с аддиктивными расстройствами и клиники психических нарушений у родственников с созависимым поведением.

Клиника аддиктивных расстройств у аддиктов с суицидальным поведением характеризуется следующими специфическими особенностями:

- раннее формирование физической зависимости (менее 12 месяцев);

- быстропрогредиентный темп течения;
- тяжелая степень абстинентного синдрома;
- вынужденные ремиссии;
- средняя и тяжелая степени выраженности компонентов синдрома патологического влечения;
- преобладание психических расстройств в виде астено-депрессивного, тревожно-ипохондрического и дисфорического синдрома;
- преобладание психосоматических расстройств;
- выраженность психопатоподобных расстройств и признаков социально-психологической дезадаптации.

Клиника психических нарушений у **родственников с созависимым поведением** в сочетании с суицидальным поведением представлена:

- преобладанием психосоматических расстройств;
- депрессивными и истерическими реакциями;
- невротическими расстройствами.

Клиническая выраженность психических нарушений у суицидентов с созависимым поведением находится в реципрокных отношениях с клиническими особенностями аддиктивной патологии. Отмечается перенос невротических стилей поведения на иные сферы жизнедеятельности.

ГЛАВА 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В литературе под термином суицид чаще понимают «добровольное, намеренное самоубийство», действие целью которого является смерть [94], «сознательное самоуничтожение, необходимое хорошо понимающему свое расстройство индивидууму, считающему самоубийство самым лучшим решением своей проблемы» [186], «фатальное нанесение самоущерба под влиянием осознанного аутодеструктивного намерения» [242]. В то же время остается дискуссионным вопрос о необходимости включения в определение сознательного желания умереть. Бесспорно, самоубийство является способом ухода из жизни, однако смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели [94]. Имеется распространенное мнение об амбивалентном отношении со стороны суицидентов к смерти. То есть в большинстве случаев индивид не хочет умирать, не видит смерть как цель, однако желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее – воспринимает смерть как средство [194].

Некоторые противоречия существуют по незавершенным суицидам. Доказанным считается факт, что не все нефатальные суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. «Суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно предпринимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». Данное определение включает, в том числе действия, прерванные другими людьми до нанесения самоповреждения.

Наиболее полным и сочетающим в себе различные формы суицидальной активности, является определение суицидального поведения, данное А.Г. Амбрумовой [8]: «Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние – суицидальная попытка, завершённый суицид».

Представленные работы по суицидальному поведению чаще затрагивают клинико-эпидемиологические аспекты. Нельзя не согласиться с мнением Н.В. Михайловской [122], которая считает, что число самоубийств в официальной статистике резко занижено, поскольку многие из них остаются нераспознанными. Практически не учитываются случаи реального покушения на самоубийство, тем более суицидальные тенденции. Врачи и близкие суицидента, по мнению автора, нередко склонны расценивать его действия, как аггравацию или симуляцию, исходя из того, что принятых им мер для пре-

кращения жизни было недостаточно. При оценке подлинных намерений покушавшихся на самоубийство нельзя исходить из степени токсикологической или иной опасности применяемых средств. Клинические исследования по суицидальному поведению у больных алкоголизмом и наркоманиями не многочисленны [21, 172, 187]. Практически не изучены клинические проявления суицидального поведения у больных лудоманией. Особенностью суицидального поведения близкого окружения больных является то, что совершившие суицидальные попытки составляют контингент при исследовании не выявляющий четких признаков нервно-психической патологии вне момента суицидальных действий. Требуется обобщенное исследование клиники суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с созависимым поведением, что является важной научно-практической задачей психиатрии и наркологии.

Изучив имеющиеся в литературе определения суицидального поведения, нами выбрано следующее: «Суицидальное поведение – все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения» [цит. по 45; с. 520].

Оценка наблюдавшихся форм суицидального поведения проводилась в соответствии с отечественной классификацией [12]: антивитальные переживания, суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и суицидальные попытки (таблица 114).

Таблица 114

Структура суицидального поведения зависимых больных и их родственников

вид	БАС n=40		БНС n=57		БИЗС n=18		МС n=28		ЖС n=29	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
антивит. пережив.	4	10,0	6	10,5	5	27,8	5	17,8	3	10,3
мысли	6	15,0	11	19,2	6	33,3	5	17,8	4	13,7
замыслы	7	17,5	8	14,0	3	16,7	6	21,4	3	10,3
намерения	2	5,0	4	7,0	0	0,0	4	14,2	3	10,3
попытки	21	52,5	28	49,1	4	22,2	8	28,5	16	55,1

Примечание. Антивит. пережив. – антивитальные переживания

Антивитальные переживания наблюдались у 23 обследуемых всех групп, что составляет 13,3%. Наибольшее количество их фиксировалось в группе больных с зависимостью от азартных игр; далее следовали матери, в остальных группах (больные алкоголизмом, больные опиатной наркоманией, жены) они распределились в равных соотношениях. Антивитальные переживания характеризовались отсутствием желания жить или желательности близкой смерти. Вместе с тем, эти проявления не выступали на первый план. Преобладали жалобы на сниженное настроение, нарушения сна и аппетита. Антивитальные переживания озвучивались вскользь в виде «Мне надоело», «Сколько можно терпеть». Аддикты и их родственники полагали, что от жизни устают многие люди, поэтому желание близкой смерти, по их мне-

нию, возникает не только у зависимых лиц и их ближайшего окружения. Вместе с тем, при целенаправленном опросе не было выявлено четких идей активного ухода из жизни.

В отличие от антивитаальных переживаний, в структуре суицидальных мыслей – 32 человека (18,6%) присутствовали различные размышления о феномене самоубийства как таковом, проекции его на себя, о возможных медицинских и социальных последствиях для себя и близких, раздумья о смысле своего существования. Однако вопросы о способе самоубийства, месте и времени его реализации были на втором плане. Суицидальные мысли также преобладали в группе больных с зависимостью от азартных игр; на втором месте – больные опиатной наркоманией; на третьем – матери; на четвертом – больные алкоголизмом и на пятом – жены аддиктов.

Более конкретные представления о способе и средствах самоубийства содержали суицидальные замыслы, которые констатировались в 15,7% случаях. Тогда как время и место носили неопределенный характер. Респонденты не отрицали возможность суицида при возникновении какой-либо внешней причины. В качестве основных причин совершения суицидальной попытки зависимые больные выделяли внутрисемейные конфликты, алгическую симптоматику: «Будет плохо, повешусь»; у матерей и жен - очередной срыв у больного члена семьи. Эти факты подтверждают тяжесть и длительность психотравмирующей ситуации, в которой находятся респонденты. В порядке убывания респонденты с суицидальными замыслами расположились следующим образом: матери; больные алкоголизмом; больные с зависимостью от азартных игр; больные наркоманией и жены больных.

У 13-ти человек (7,6%) были выявлены суицидальные намерения. При этой форме наблюдается поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни. Представляется важным отметить, что диагностика суицидальных намерений весьма трудная. Так как идеаторные составляющие (фантазии, мысли, сомнения, когнитивные конструкции) нашли свое решение и не требуют внешних стимулов. Между тем, идеаторные формы суицидальной активности преобладали у больных с зависимостью от азартных игр, тогда как суицидальные намерения в данной группе не встречались. Возможно, этот вид суицидального поведения редко отмечается у данной категории пациентов. Так, например, актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением обнаружены лишь у двух (1,3%) из 150 патологических игроков [163]. Как правило, пациенты с суицидальными намерениями попадают в поле зрения психиатров после реализации суицидальной попытки. В нашей практике были зафиксированы два случая, когда больные алкоголизмом и опиатной наркоманией (все женщины) в течение нескольких дней складировали назначаемые им препараты.

В результате с женщинами была проведена психокоррекционная работа и тем самым предотвращены попытки самоубийства.

Весьма иллюстративны данные по суицидальным попыткам, удельный вес которых составил 44,8% или 77 человек. С одной стороны, суицидальные попытки успешно изучаются в суицидологии, поскольку субъекты незавершенных суицидов доступны для прямого общения исследователям. С другой стороны, трудности сбора объективных сведений связаны, в первую очередь, тем, что в регистрацию попадает 1 из 4-10 случаев [46]. Действительно, из выявленных нами 218 человек, совершивших суицидальные попытки, участие в исследовании приняли 172 суицидента, то есть отказались 46 человек или 21,1%. Суицидальные попытки констатировались чаще у жен; на втором месте следовали больные алкоголизмом, больные опиатной наркоманией, матери и больные с зависимостью от азартных игр.

Согласно определению ВОЗ термин «парасуицид» применяется в том случае, если диагностируется «несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий» [цит. по 72; с. 38]. Однако мы считаем возможным его более широкую трактовку: с одной стороны, для характеристики, так называемого, демонстративно - шантажного суицидального поведения, с другой – в случаях, когда суицидальные попытки реализуются на фоне аффективно суженного состояния сознания.

Способы суицидальных действий включали: самоотравления – 38 человек (22,0%); самопорезы – 24 человека (13,9%); самоповешения – 11 человек (6,4%); падение с высоты – 4 человека (2,3%) (таблица 115).

Таблица 115

Способы суицидальных действий зависимых больных и их родственников

вид	БАС n=40		БНС n=57		БИЗС n=18		МС n=28		ЖС n=29	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
самоотравления	13	32,5	8	14,0	0	0,0	5	17,9	12	41,4
самопорезы	4	10,0	13	22,8	3	16,7	2	7,1	2	6,9
самоповешения	3	7,5	5	8,7	1	5,6	1	3,5	1	3,4
падение с высоты	2	5,0	2	3,5	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0

Представленная таблица иллюстрирует, что наибольшее количество самоотравлений было в группе жен зависимых больных. Самоотравления происходили посредством употребления сверхвысоких доз психотропных препаратов и химических веществ (уксусная эссенция). Самоотравления встречались у трети больных алкоголизмом. С суицидальной целью применялись большие дозы крепких алкогольных напитков, суррогаты алкоголя, лекарственные средства (психотропные, клофелин). Наши данные согласуются с результатами других авторов [154], где самоотравления у больных алкоголизмом обнаружены в 32% случаях. Следующая группа, в которой

выявлены самоотравления – матери больных. В данном случае, как и в группе жен, попытки самоубийства осуществлялись с помощью медикаментов.

Что касается самопорезов, то они являлись распространенным способом среди больных наркоманией. Далее следовали больные с зависимостью от азартных игр, больные алкоголизмом, матери и жены.

Наибольший удельный вес по показателю «самоповешения» также был у больных опиатной наркоманией; в порядке убывания расположились больные алкоголизмом, больные с зависимостью от азартных игр, матери и жены больных с аддиктивными расстройствами.

Следует остановиться на мотивах суицидального поведения, которые как считал В.М. Бехтерев [94], часто лежат глубже и представляют собой совокупность неблагоприятно сложившихся условий. За основу была взята классификация, предложенная В.А. Тихоненко [169]. В соответствии с ней выделены мотивы суицидального поведения: протест (выражение несогласия с какими-либо требованиями, условиями) – 20 человек (11,6%), призыв (желание привлечь внимание) – 19 человек (11,0%), месть (желание наказать обидчика) – 17 человек (9,9%), самонаказание (самоуничтожение, «бегство в смерть») – 13 человек (7,6%) и отказ от существования (желание прекратить свое существование) – 8 человек (4,6%) (таблица 116).

Таблица 116

Мотивы суицидальных действий зависимых больных и их родственников

вид	БАС n=40		БНС n=57		БИЗС n=18		МС n=28		ЖС n=29	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
протест	6	15,0	8	14,0	0	0,0	1	3,6	5	17,2
призыв	4	10,0	6	10,5	1	5,6	3	10,7	5	17,2
месть	5	12,5	7	12,2	2	11,1	1	3,6	2	6,9
самонаказание	4	10,0	4	7,0	1	5,6	2	7,1	2	6,9
отказ	3	7,5	3	5,2	0	0,0	1	3,6	1	3,4

Из табл. 116 видно, что основные мотивы суицидального поведения связаны с непродуктивной реакцией суицидентов на внешние негативные стимулы. За ними следовали мотивы, направленные на причинение себе вреда и сокращение жизни. Наименьшими по количеству оказались мотивы, включающие рентные установки.

Не вызывает сомнения необходимость дифференцирования причин совершения суицидальных действий (таблица 117).

Таблица 117

Причины суицидальных действий зависимых больных и их родственников

вид	БАС n=40		БНС n=57		БИЗС n=18		МС n=28		ЖС n=29	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
семейные конфликты	14	35,0	17	29,8	2	11,1	5	17,8	9	31,0
развод	5	12,5	6	10,5	1	5,6	1	3,6	0	0,0
смерть близких	1	2,5	3	5,2	0	0,0	1	3,6	2	6,9
бытовые трудности	2	5,0	2	3,5	1	5,6	1	3,6	3	10,3
вдовство	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4

Семейные конфликты констатировались у 47 человек (27,3%) от их общего количества. Чаще всего конфликты были обусловлены рецидивами аддикций у больных. Суицидальные тенденции актуализировались у больных и их родственников, как на фоне сниженного настроения, так и на фоне эмоциональной напряженности, раздражительности, гнева.

Развод как причина суицидального поведения обнаружился у 13 респондентов (7,6%). Как правило, инициаторами развода были мужчины. Женщины сообщали, что на протяжении многих лет психологический климат в семье был напряженный. Они неоднократно были жертвами физического и сексуального насилия со стороны мужей. Однако возможность развода не рассматривалась: «Он пропадет без меня». Женщины, пытаясь взять под контроль ситуацию, переставали заботиться о себе и своих детях.

Смерть близких послужило причиной совершения суицидальных попыток у 7 больных (4,0%) и 1 женщины (3,4%), оставшейся вдовой. Респонденты этой группы чувствовали себя обездоленными, никому не нужными.

В динамике аддиктивные расстройства, равно как и созависимость сопровождаются снижением материального статуса. Больные и родственники обвиняли друг друга в отсутствии средств, в избыточной трате денег. На этой почве девять человек (5,2%) совершили суицидальные действия.

На наш взгляд, четкое разделение мотивов и причин весьма проблематично, так как одна причина может индуцировать другие, а те, в свою очередь, формируют сложный мотив самоубийства.

По клиническим проявлениям и условиям возникновения суицидальные эпизоды (завершенные суициды не анализировались) были поделены на три группы: депрессивные – 21 чел. (12,2%), демонстративно-шантажные – 27 человек (15,6%) и аффективно-возбудимые – 29 человек (16,9%). Представленная типология характеризует не только ведущий симптом аффективных расстройств, но и определяет терапевтическую тактику, которая в зависимости от типа суицидального поведения будет различна (таблица 118).

Таблица 118

Распределение парасуицидов в сравниваемых группах

вид	БАС n=40		БНС n=57		БИЗС n=18		МС n=28		ЖС n=29	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
депрессивные	7	17,5	7	12,2	1	5,6	3	10,7	3	10,3
демонстративно-шантажные	5	12,5	11	19,2	1	5,6	3	10,7	7	24,1
афф-возбудимые	10	25,0	10	17,5	2	11,1	2	7,1	5	17,2

Примечание. Афф-возбудимые – аффективно-возбудимые

Повторно суицидальные попытки до реализации комплексной лечебно-реабилитационной программы совершили 36,3% из группы БАС; 32,1% - группа БНС; по 25,0% - группа БИЗС и группа МС и 26,6% - группа ЖС.

Количество респондентов с депрессивными суицидами было: больные

алкоголизмом – 17,5%; больные опиатной наркоманией – 12,2%; больные с зависимостью от азартных игр - 5,6%; матери – 10,7% и жены – 10,3%.

Суицидогенная депрессия встречалась у зависимых больных в зависимости от периода (опьянение, абстинентный синдром, ремиссия) в разных соотношениях, а именно: у больных алкоголизмом - 14,3%:28,5%:57,1%; у больных опиатной наркоманией – 28,5%:28,5%:42,9%; у больных с зависимостью от азартных игр – 0,0%:0,0%:100,0% (рисунок 30).

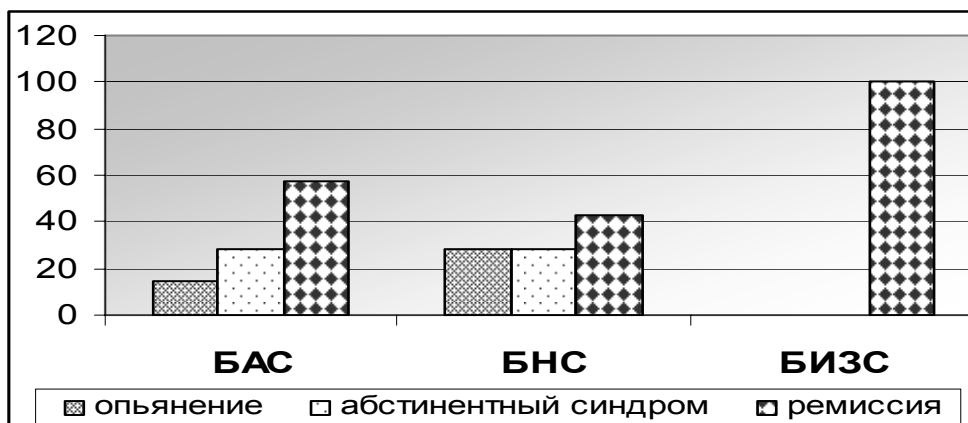


Рисунок 30. Распределение депрессивных суицидальных попыток в зависимости от периода заболевания у больных алкоголизмом (БАС), у больных опиатной наркоманией (БНС), у больных с зависимостью от азартных игр (БИЗС)

У родственников также выявлены различия по суицидальной активности в зависимости от этапа стрессогенных расстройств (острых невротических реакций на стресс, невротических состояний и хронификации психогенных расстройств). В частности, у матерей распределение незавершенных депрессивных суицидов было следующим: 0,0%:33,3%:66,7%, а у жен, наоборот – 0,0%:66,7%:33,3% (рисунок 31).

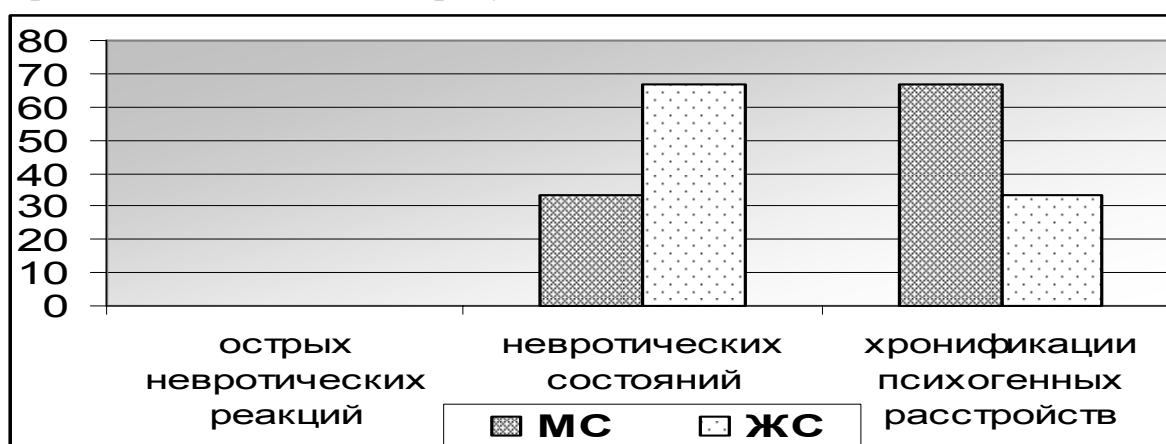


Рисунок 31. Распределение депрессивных суицидальных попыток в зависимости от этапа стрессогенных расстройств у матерей (МС) и у жен (ЖС) зависимых больных

Группа обследуемых с депрессивными суицидами характеризовалась длительным интервалом (от нескольких суток до недели) между возникновением намерения лишиться себя жизни и его реализацией. Это свидетельст-

вует о пролонгированном характере пресуицидального периода. Имело место обдуманность и спланированность суицидальной попытки. Суицидальные мысли у больных и их родственников данной группы возникали задолго до суицида. В пресуицидальный период они пытались найти выход из сложившейся ситуации.

В психологическом статусе больных с аддиктивными расстройствами выявлялась фрустрированная потребность в принятии алкоголя, наркотика, участия в игре. Эмоциональное переживание дискомфорта сопровождалось повышенной тревожностью, раздражительностью, разочарованием: «Все надоело, назначьте какие-нибудь лекарства». Характерными были жалобы на чувство страха перед предстоящей «ломкой», повышенную тревожность, чувство тоски, подавленное настроение, лень, скуку, сновидения аддиктивного и устрашающего содержания. В дальнейшем появлялись мысли о бессмысленности существования, безысходности, отсутствии перспективы, ненужности, никчемности, малоценности. Крайним выражением эмоциональных переживаний была депрессивная симптоматика, которую можно было оценить как тяжелый депрессивный эпизод (F32.2). Она являлась пусковым механизмом суицидального поведения. Аффективные расстройства депрессивного спектра расценивались как психопатологическое оформление эмоциональной составляющей патологического влечения к аддиктивному агенту. На фоне сниженного настроения отмечалась склонность к мрачным и пессимистическим оценкам происходящего, неверие в собственные силы, тенденция усматривать во всем отрицательные стороны и поиск виноватых в их «неудавшейся жизни» (когнитивная составляющая патологического влечения). В поведении больных (поведенческая составляющая патологического влечения) обнаруживалась безынициативность, низкая социальная активность, пассивная позиция относительно проводимого лечения.

Поводами суицидальных попыток чаще всего являлось накопление неразрешенных микросоциальных конфликтов: у больных алкоголизмом – 71,4%; у больных наркоманией – 57,1%; у больных лудоманией – 25,0%, а также развод – 28,5%:28,5%:0,0% и смерть близкого родственника – 0,0%:14,3%:0,0%.

Психологический смысл суицидального поведения (по данным медицинской документации) заключался в самонаказании при наличии идей самообвинения: у больных алкоголизмом – 57,1%; у больных опиатной наркоманией – 57,1%; у больных с зависимостью от азартных игр – 25,0%, либо в отказе от существования в силу его бесперспективности – 42,9%:42,9%:0,0%.

Частота совершения суицидальных попыток у больных алкоголизмом с депрессивными парасуицидами составила: самоотравления – 71,4%, самопорезы – 14,3% и самоповешения – 14,3%; у больных опиатной наркоманией

- самопорезы – 71,4%, самоотравления – 14,3%, падение с высоты – 14,3%; у больных игровой зависимостью – самоповешение – 100,0%.

У родственников с депрессивными парасуицидами отмечались сниженное настроение, склонность к мрачным и пессимистическим оценкам происходящего, неверие в собственные силы, пропал аппетит, нарушался сон, они становились замкнутыми и молчаливыми, обнаруживались самоосуждающие тенденции: «Я ребенка просмотрела, значит во мне не так, я плохая мать», «Какая я жена, у меня муж больной».

Поводами суицидальных попыток у матерей и жен чаще всего являлись микросоциальные конфликты – по 66,7%, далее у матерей – смерть мужа – 33,3%, у жен аддиктов - вдовство (33,3%).

В качестве доминирующих мотивов суицидов были самонаказание при наличии идей самообвинения (по 66,7%) и отказ от существования (33,3%).

Установлены идентичные особенности по способам совершения суицидальных попыток, а именно, у матерей и жен аддиктов в 66,7% случаях констатировались самоотравления и в 33,3% случаях – самопорезы.

В постсуицидальный период от общего количества обследуемых с депрессивными парасуицидами 52,4% пациентов и 23,8% родственников связывали суицидальные действия со сниженным настроением, с чувством одиночества, покинутости, обиды, разочарования, а 19,0% больных и 4,8% родственников – с внешними ситуационными факторами.

Количество обследуемых с демонстративно-шантажным суицидальным поведением составило: больные алкоголизмом - 12,5%; больные наркоманией – 19,2%; больные с зависимостью от азартных игр – 5,6%; матери зависимых больных – 10,7%; жены зависимых больных – 24,1%.

Суицидальные попытки совершались в опьянении – 20,0% - больные алкоголизмом; 27,3% - больные наркоманией. В структуре абстинентного синдрома суициды распределились следующим образом: 20,0%:36,4%:0,0%, тогда как в период ремиссии - 60,0%:36,4%:100,0% (рисунок 32).

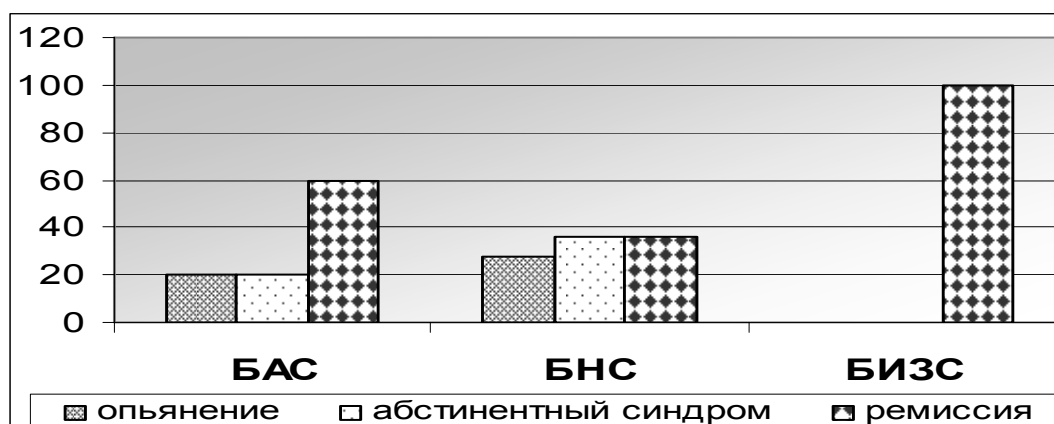


Рисунок 32. Распределение демонстративно-шантажных суицидальных попыток в зависимости от периода заболевания у больных алкоголизмом (БАС), у больных опиатной наркоманией (БНС), у больных с зависимостью от азартных игр (БИЗС)

Как и при депрессивных парасуицидах у родственников больных установлены некоторые особенности по суицидальной активности в зависимости от этапа стрессогенных расстройств. В частности, у матерей распределение незавершенных демонстративно-шантажных суицидов было следующим: 33,3%:0,0%:66,7%, а у жен – 28,6%:28,6%:42,8% (рисунок 33).

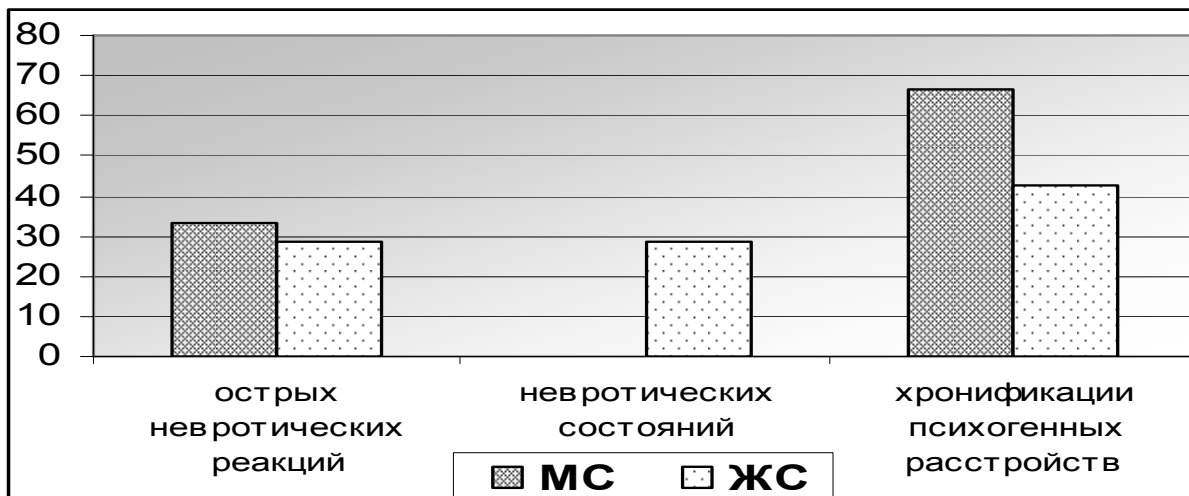


Рисунок 33. Распределение демонстративно-шантажных суицидальных попыток в зависимости от этапа стрессогенных расстройств у матерей (МС) и у жен (ЖС) зависимых больных

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение больных и созависимых лиц характеризовалось рентной мотивацией, отсутствием истинного намерения лишиться себя жизни. Продолжительность пресуицидального периода составляла от нескольких минут до одного часа. Демонстрация суицидальной готовности осуществлялась посредством написания прощальных писем, телефонных звонков своим родственникам, заявлений с угрозами совершения суицидальной попытки, манипулирования орудием самоубийства.

Аффективные расстройства у больных с аддиктивными расстройствами (эмоциональная составляющая патологического влечения) проявлялись эмоциональной лабильностью, возбудимостью, неустойчивостью настроения, капризностью, плаксивостью. Завышенная самооценка (когнитивная составляющая патологического влечения) сочеталась с нарочитым ханжеским самоуничижением: («зачем на нас время тратить, мы списанный материал»). Поведенческая составляющая патологического влечения была представлена позерством, нарочитостью, экспрессивностью, постоянным стремлением привлечь к себе внимание, отсрочить выполнение каких-либо обязательств.

Поводами суицидальных попыток в группе больных алкоголизмом были семейные конфликты – 60,0% и бытовые трудности – 40,0%; в группе больных наркоманией – семейные конфликты – 63,6% и ситуация развода – 36,4%; в группе больных лудоманией – семейные конфликты – 100,0%.

В качестве доминирующих мотивов суицидальных действий у больных алкоголизмом были призыв (80,0%) и протест (20,0%); у больных опийной наркоманией – месть (36,4%), призыв (54,5%), протест (9,0%) и у

больных игровой зависимостью – призыв (100,0%). Кроме того, психологическими мотивами суицидальных действий было желание изменить ситуацию в выгодном для себя направлении: получить финансы для покупки очередной дозы алкоголя, наркотика, участия в игре (отыграться и погасить долги), вызвать к себе жалость, сострадание, избежать наказания: «Сделают, что потребу, им меня жалко».

Способами совершения суицидальных попыток у больных алкоголизмом были самоотравления – 60,0%, множественные (поверхностные) самопорезы – 40,0%; у больных опиатной наркоманией – самоотравления – 27,3%, самопорезы – 63,7% и самоповешение – 9,0%; у больных с зависимостью от азартных игр встречались исключительно самопорезы – 100,0%.

У матерей и жен аддиктов также преобладали аффективные расстройства в виде эмоциональной лабильности, неустойчивости настроения, капризности, плаксивости, экспрессивности. Постоянного внимания к себе женщины добивались посредством громких скандалов с вовлечением в них других родственников, знакомых. Большинство суицидальных попыток совершались дома, притом в дневное или вечернее время, то есть попытки были адресованы, прежде всего, к родственникам. Кстати, женщины придавали большое значение косметическому и болевому аспекту суицидального феномена «Я надеялась, что лицо не пострадает и не будет больно».

Ведущим психогенным фактором реализации суицидальных попыток у матерей были микросоциальные конфликты (33,3%). Зачастую конфликты между матерью и ее «взрослым» ребенком, между супругами заканчивались избиением родителя или жены. По 33,3% распределились разводы и бытовые трудности. У жен преобладали семейные конфликты – 42,8%, далее следовали смерть близкого родственника и бытовые проблемы – по 28,6%.

Психологическим мотивом суицидальных действий у матерей больных был призыв (100,0%); у жен аддиктов: призыв (71,4%) вследствие невозможности вызвать сочувствие: «Вообще меня не жалеет, я столько с ним мучаюсь», или изменить ситуацию в выгодном для себя направлении и протест (28,6%) за утраченное к себе внимание: «Поймет, без меня трудно».

Что касается способов совершения суицидальных попыток, то у матерей и у жен больных фиксировались самоотравления медикаментозными средствами и химическими жидкостями (100,0%). Женщины не отрицали, что выбранный способ самоубийства был обусловлен его малой травматичностью и отсутствием обезображивающих шрамов и иных косметических дефектов.

В постсуицидальный период в группе обследуемых с демонстративно-шантажными парасуицидами 55,6% больных и 37,0% матерей и жен объясняли свое поведение тем, что на них «не обращают внимания», «не хотят помочь, поддержать», «не могут понять, как мне тяжело».

Количество обследуемых с аффективно-возбудимыми парасуицидами составило 25,0% - больные алкоголизмом, 17,5% - больные наркоманией, 11,1% - больные игровой зависимостью, 7,1% - матери и 17,2% – жены.

В группе больных с аффективно-возбудимыми парасуицидами суицидальные действия также совершались в состоянии опьянения. При этом суицидальные попытки в указанном периоде совершали пациенты с алкоголизмом - 30,0% и опиатной наркоманией – 30,0%. В структуре синдрома отмены незавершенные суициды отмечались во всех трех группах больных в соответствующих пропорциях: 30,0% - БАС:40,0% - БНС:50,0% - БИЗС. В ремиссии соотношение попыток было - 40,0%:30,0%:50,0% (рисунок 34).

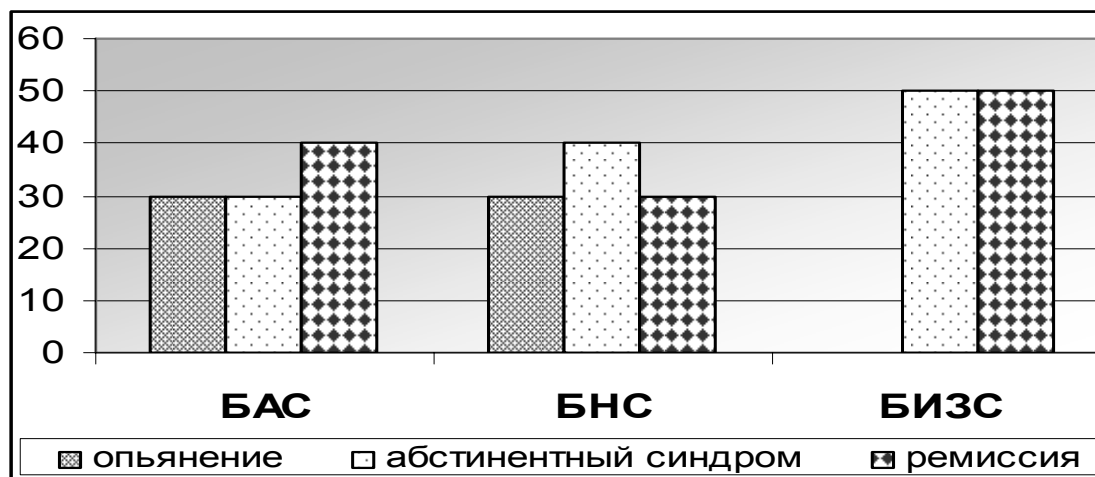


Рисунок 34. Распределение аффективно-возбудимых суицидальных попыток в зависимости от периода заболевания у больных алкоголизмом (БАС), у больных опиатной наркоманией (БНС), у больных с зависимостью от азартных игр (БИЗС)

У матерей и жен больных с аддиктивными расстройствами обнаружены различия по суицидальной активности в зависимости от этапа стрессогенных расстройств: на этапе острых невротических реакций на стресс: матери - 0,0%, жены – 20,0%; на этапе невротических состояний – 50,0%:20,0% и на этапе хронификации психогенных расстройств – 50,0%:60,0% (рис. 35).

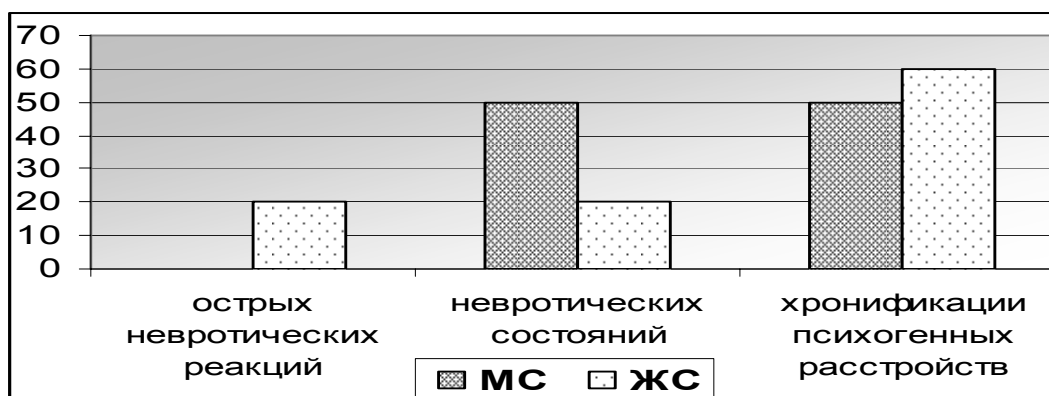


Рисунок 35. Распределение аффективно-возбудимых суицидальных попыток в зависимости от этапа стрессогенных расстройств у матерей (МС) и у жен (ЖС) зависимых больных

Аффективно-возбуждимые суицидальные акты так же, как и демонстративно-шантажные, совершались без истинного намерения лишить себя жизни, однако отличались от последних отсутствием планирования и демонстрации суицидальных действий. Длительность пресуицидального периода была до нескольких минут. Твердому решению предшествовало дополнительное психогенное воздействие, суицидальные попытки совершались внезапно, на высоте аффекта, по типу реакций «короткого замыкания».

Суицидальные попытки у больных с аддиктивными расстройствами совершались на высоте аффекта, связанного с обострением патологического влечения к алкоголю, наркотику, игре. Аффективные проявления (эмоциональная составляющая патологического влечения) характеризовались дисфорично-угрюмым фоном настроения, реакциями негодования, обиды, отчаяния, раздражения, гнева. Отмечалась сниженная способность к объективной оценке окружающей действительности с чрезмерной фиксацией на психотравмирующих факторах (когнитивная составляющая патологического влечения). Поведенческая составляющая патологического влечения у пациентов с аффективно-возбуждимым типом суицидального поведения отличалась конфликтностью, психомоторным возбуждением с преобладанием в его структуре вербальной агрессии, непродуктивной двигательной активности.

Поводами суицидальных попыток были микросоциальные конфликты у больных алкоголизмом и у больных опиатной наркоманией по 60,0%. Смерть близкого родственника послужила причиной актуализации суицидальных тенденций у больных алкоголизмом (10,0%), у больных опиатной наркоманией (20,0%). Предразводная ситуация и развод являлись провоцирующими факторами суицидальных поступков у 30,0% больных алкоголизмом и у 50,0% больных с зависимостью от азартных игр. Материальные трудности обуславливали формирование раздражительности, неустойчивости настроения, неудовлетворенности жизнью с суицидальными действиями у 20,0% больных опиатной наркоманией и у 50,0% больных игровой зависимостью. Впоследствии высказывалось разочарование по поводу произошедшего. В то же время отсутствовало глубокое осмысление, раскаяние, осознание возможности необратимых последствий.

Среди психологических смыслов суицидальных попыток преобладали мотивы протеста и мести (по 50,0%) – больные алкоголизмом; мотивы мести (30,0%) и протеста (70,0%) – больные опиатной наркоманией и мотивы протеста (100,0%) – больные с зависимостью от азартных игр. Следует отметить, что у больных, совершивших суицидальные попытки неоднократно, способ парасуицида был стереотипным.

Суицидальные попытки реализовывались в группе больных алкоголизмом в виде самоотравлений – 50,0%, самопорезов – 30,0% и падений с высоты – 20,0%; у больных опиатной наркоманией фиксировались самоот-

равления – 50,0%, самоповешения – 40,0% и падение с высоты – 10,0%; у больных с зависимостью от азартных игр выявлены самопорезы – 100,0%.

Хроническая психотравмирующая ситуация являлась пусковым механизмом развития аффективных расстройств у матерей и жен больных в виде раздражения, негодования, обиды, злости. Нередко психоэмоциональная напряженность сопровождалась плаксивостью, гиперемией кожных покровов.

Обращает на себя внимание, что в подавляющем количестве случаев превалировали семейные конфликты как поводы суицидальных попыток. В группе матерей конфликты в семье встречались во всех случаях (100,0%), в группе жен – в 80,0%. В качестве поводов суицидальных действий у последних отмечались материально-бытовые трудности (20,0%).

Выявлены идентичные мотивы суицидальных попыток у матерей и жен больных: протест – 50,0%:60,0% и месть – 50,0%:40,0%.

Среди способов реализации парасуицида у матерей были самопорезы (50,0%) и самоповешения (50,0%); у жен: самоотравления – 60,0%, самопорезы и самоповешения (по 20,0%). Высокий уровень самоотравлений, наблюдаемых у жен, объясняется нами наличием нерезковыраженной демонстративности.

В постсуицидальный период 65,5% больных и 20,6% матерей и жен считали, что суицидальные попытки были спровоцированы необоснованными требованиями, порицанием и осуждением со стороны родственников.

Наблюдения показали, что респонденты обнаруживали связь эмоционального статуса и типа реагирования на стресс с особенностями личности.

В группе обследуемых с депрессивными суицидальными действиями фиксировались следующие личностные особенности (рисунок 36).

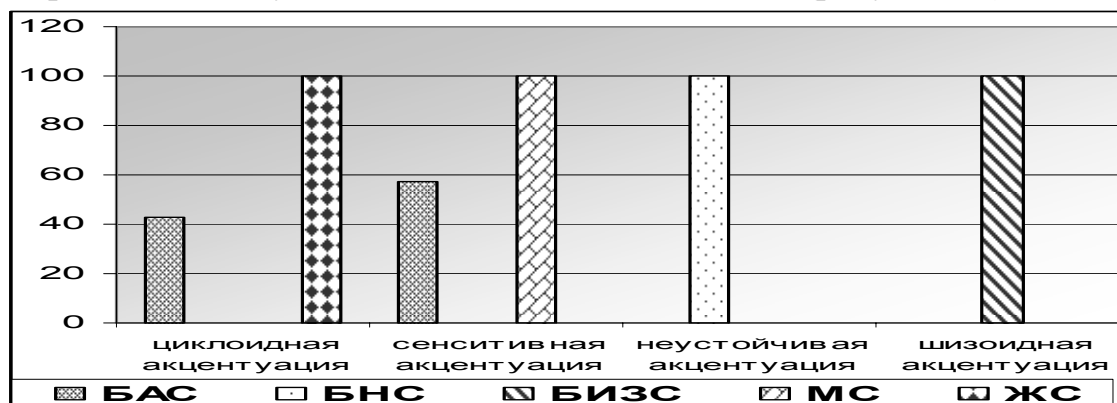


Рисунок 36. Преморбидные личностный статус больных алкоголизмом (БАС), больных опиатной наркоманией (БНС), больных зависимостью от азартных игр (БИЗС), матерей зависимых больных (МС) и жен зависимых больных (ЖС) с депрессивным суицидальным поведением

У больных алкоголизмом встречалась циклоидная (42,9%) и сенситивная (57,1%) акцентуации; у больных опиатной наркоманией – неустойчивая акцентуация (100,0%); у больных с зависимостью от азартных игр – шизоидная акцентуация (100,0%); у матерей - сенситивная акцентуация (100,0%), у

жен – циклоидная акцентуация (100,0%). Другими словами, у лиц с депрессивным суицидальным поведением в преморбиде фиксировались лишь акцентуации.

У больных с аддиктивными расстройствами и матерей с демонстративно-шантажными суицидальными попытками отмечалось расстройство личности истерического типа; у жен зависимых больных – истерического и смешанного типов - 71,4% и 28,6% (рисунок 37).

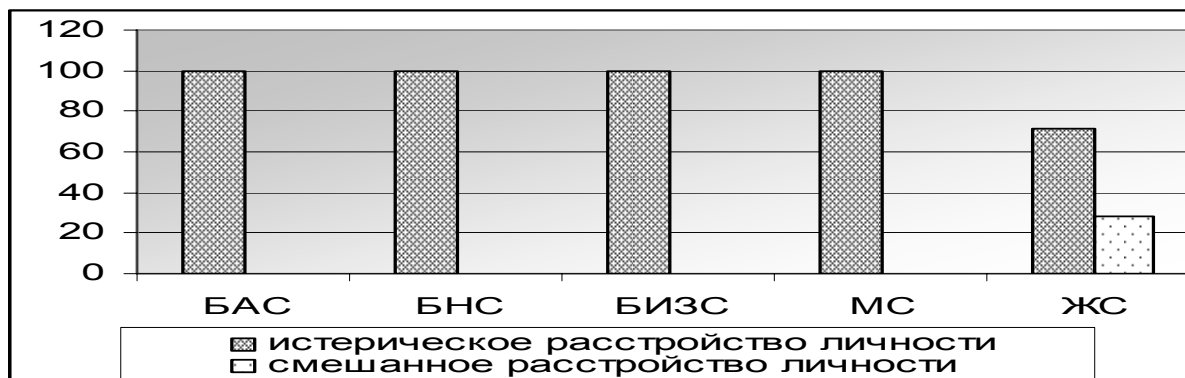


Рисунок 37. Преморбидный личностный статус больных алкоголизмом (БАС), больных опиатной наркоманией (БНС), больных с зависимостью от азартных игр (БИЗС), матерей (МС) и жен (ЖС) с демонстративно-шантажным суицидальным поведением

Широкий спектр личностных особенностей установлен у обследуемых с аффективно-возбудимым типом суицидального поведения (рисунок 38).

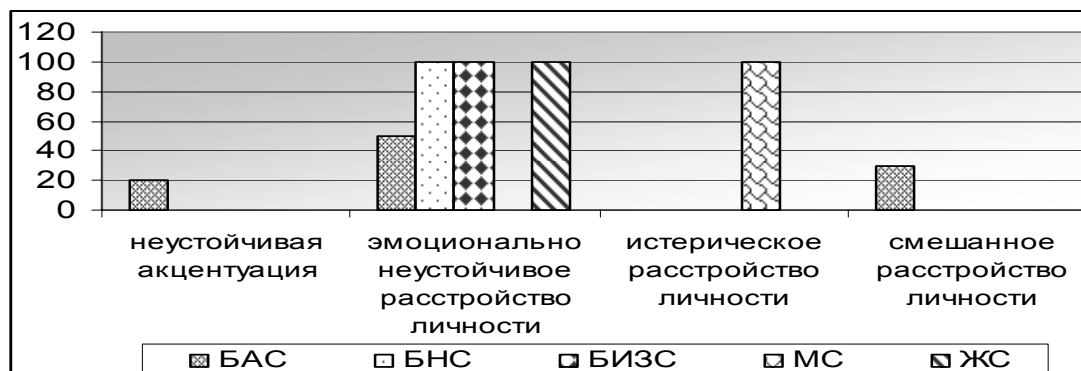


Рисунок 38. Преморбидный личностный статус больных алкоголизмом (БАС), больных опиатной наркоманией (БНС), больных с зависимостью от азартных игр (БИЗС), матерей зависимых больных (МС) и жен зависимых больных (ЖС) с аффективно-возбудимым суицидальным поведением

У больных алкоголизмом отмечались неустойчивая акцентуация (20,0%), расстройство личности смешанного типа (30,0%) и эмоционально неустойчивое расстройство личности (50,0%); у больных опиатной наркоманией и с зависимостью от азартных игр - эмоционально неустойчивое расстройство личности (по 100,0%); у матерей – истерическое расстройство личности (100,0%) и у жен - эмоционально неустойчивое расстройство личности (100,0%).

Таким образом, суицидальное поведение у больных с аддиктивными расстройствами и у родственников с созависимым поведением клинически

представлено антивитальными переживаниями, суицидальными мыслями, суицидальными замыслами, суицидальными намерениями и суицидальными попытками.

Парасуицидальное поведение отмечено тремя типами: депрессивным, демонстративно-шантажным и аффективно-возбудимым. Способами реализации суицидального намерения являлись самоотравления, самопорезы, самоповешения и падение с высоты. Суицидальные попытки были следствием длительной фрустрирующей и психотравмирующей ситуации и слабости антисуицидальных факторов.

Суицидальное поведение отмечается во всех периодах течения аддиктивных расстройств у больных и в структуре психических нарушений у родственников с созависимым поведением. Установленные аффективные расстройства находятся в определенной взаимосвязи с личностными особенностями респондентов.

Отмечается наличие широкого диапазона психологических смыслов, вкладываемых в попытку самоубийства. Мотивами суицидальных попыток являлись протест, призыв, месть, самонаказание и отказ от существования.

Результаты свидетельствуют о наличии различных вариантов аффективных расстройств у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с суицидальным поведением, причем установленные нарушения аффективной сферы находятся в определенной взаимосвязи с их личностными особенностями.

ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ С СОЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Совершенно очевидно, что аддиктивные пациенты и родственники с суицидальным поведением нуждаются в оказании специализированной психиатрической и наркологической помощи. Поэтому оказание практической психофармакотерапевтической и психотерапевтической помощи этому контингенту является одним из основных направлений комплекса мер по профилактике зависимости, созависимости и суицидального поведения.

Авторами была разработана и апробирована комплексная лечебно-реабилитационная программа для больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с суицидальным поведением, позволяющая оптимизировать подходы к лечению психических расстройств, профилактике и психокоррекции суицидальной активности у исследуемых. Разрабатываемая программа базировалась на принципах этапности и комплексности.

Принцип этапности обуславливал сохранение определенной последовательности в предлагаемой программе: от консультирования до длительных терапевтических воздействий.

Принцип комплексности подразумевал использование различных методов (психологических, психофармакологических, психотерапевтических, социальноориентированных).

Предлагаемая программа имела ряд особенностей, которые определялись не только целью и задачами настоящего исследования, но и обстоятельствами проведения лечебно-реабилитационных мероприятий: 1) добровольное участие в программе; 2) реализация программы в стационарных и амбулаторных условиях; 3) использование психофармакологических и психотерапевтических методов; 4) предпочтительное использование методов групповой психотерапии.

Формула метода. Настоящая программа разработана на основе традиционных принципов оказания наркологической помощи и в целом соответствует требованиям Приказов Министерства Здравоохранения РФ №140 от 28.04.1998 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» и №500 от 22.10.2003 «Об утверждении протокола ведения больных «реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)». Предлагаемый концептуальный подход по своей сути является усовершенствованным и более развитым синтетическим вариантом различных методик лечения аддиктивных и психических расстройств. Принципиально новым является акцент на нивелировании суицидальной активности в структуре аддиктивных расстройств у больных и психических нарушений у род-

ственников с созависимым поведением. Следование данной методике позволяет специалисту и пациенту/члену семьи сосредоточиться не только на собственно аддикции и созависимости, но и направить свое внимание на устранение негативных последствий, на предупреждение суицидального поведения, тесно спаянного с психопатологической симптоматикой аддикций и психических нарушений у родственников.

Показания. Программа медикаментозной и психотерапевтической коррекции суицидного поведения у зависимых больных и родственников с созависимым поведением может применяться в отношении всех больных и родственников, обратившихся за психиатрической и наркологической помощью.

Психофармакологические методы направлены на купирование проявлений синдрома отмены, постабстинентных, ремиссионных психических и поведенческих расстройств, снижение интенсивности патологического влечения у зависимых больных, купирование пограничной симптоматики, устранение нарушений в эмоциональной и поведенческой сферах у матерей и жен аддиктов. Ибо нивелирование острых проявлений аддиктивных и стрессогенных расстройств, стабилизация личностного и социального статуса больных и родственников позитивно сказывалась на особенностях клинических проявлений аддиктивной патологии и психических нарушений.

Психотерапевтическое воздействие осуществляется с целью формирования и поддержания установок на трезвый образ жизни, отказ от участия в игре, вовлечения в программы медико-социальной реабилитации, более длительного удержания больных и родственников в лечебной программе, обеспечения непрерывности и этапности лечебно-реабилитационных мероприятий. Кроме того, психотерапия служит основой изменения стереотипов неконструктивного (суицидального) поведения, нормализации внутрисемейных и в других сферах отношений, повышения фрустрационной толерантности, научения безопасному отреагированию агрессивных импульсов.

Противопоказания. Настоящая программа не применяется в отношении больных с коморбидной патологией психотического уровня (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, психозы, обусловленные органическим поражением головного мозга), а также у больных с умственной недостаточностью всех степеней тяжести и выраженными признаками деменции.

Противопоказания к применению психотропных препаратов могут быть обозначены лишь в случаях индивидуальной непереносимости, побочных действий и осложнений, полного отказа от применения препаратов (чаще наблюдается у родственников).

В психотерапевтической части к проведению индивидуальной, суггестивной, семейной и когнитивно-поведенческой терапии противопоказаний нет. Противопоказаниями для включения больных и членов их семей в пси-

хотерапевтическую группу являются: склонность к выраженным протестным и демонстративным реакциям, резкая оппозиционность остальным членам группы, четкие антисоциальные установки в сочетании со склонностью к доминированию, отказ от участия в групповой психотерапии.

Программа профилактики суицидального поведения у больных алкоголизмом, опиатной наркоманией и зависимостью от азартных игр является по своей сути составной частью третичной профилактики. *Третичная профилактика злоупотребления* – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий лечебного и реабилитационного характера, направленных на восстановление личностного и социального статуса зависимого больного и возвращение его в семью, в учебные заведения, в трудовой коллектив и к общественно полезной деятельности [67].

В наших исследованиях выявлен невротический регистр поражения психики матерей и жен больных с манифестацией эмоциональных и поведенческих расстройств, отмечен эффект аккумуляирования соматических заболеваний, установлены признаки социально-психологической дезадаптации. В результате нарастания интенсивности указанных клинических проявлений у них актуализировались суицидальные тенденции. Именно таким женщинам мы оказывали лечебно-реабилитационную помощь.

Разработанная нами комплексная программа состоит из трех блоков: первый – психопрофилактический, включающий в себя информационно-просветительскую часть, второй комплекс – психофармакотерапевтический и третий – психотерапевтический. Такая стратегия обусловлена тем, что феномены аддиктивное и созависимое поведение тесно взаимосвязаны и потенцируют друг в друге негативную динамику, в том числе и суицидальное поведение. Психофармакотерапия и психотерапия суицидального поведения зависимых больных и их родственников осуществлялась в стационарных и амбулаторных условиях. Естественно, деление программы на блоки весьма условное, так как оказание помощи изолировано по блокам не представляется возможным. Между ними осуществляются взаимопереходы и взаимопроникновения. Это связано и с тем, что у наблюдаемых респондентов отмечается различный уровень поражения психики. Конечным результатом программы является нормализация психического, соматовегетативного статуса и социально-психологическая реадaptация исследуемого контингента лиц.

Психопрофилактический блок состоит из ряда последовательных этапов:

- Установление контакта с зависимыми больными и их родственниками.
- Работа с больными и их родственниками по повышению информированности по вопросам зависимости, созависимости, суицидального поведения.

- Анализ индивидуально-личностных особенностей обследуемых.
- Выявление и диагностика суицидальных форм поведения.

Общеизвестно, что установление хорошего, равноправного контакта является залогом для дальнейшей продуктивной работы с пациентом и с членом семьи. Обследуемым предоставлялась возможность обращаться в анонимном порядке. Кроме жалоб, касающихся своего состояния, аддикты и лица с созависимым поведением могли обсуждать с врачом другие интересующие их проблемы. Пациентам в доступной форме излагалась информация по диагнозу, обсуждались клиника и возможные прогнозы заболевания. Матери и жены рассказывали свои жалобы, затрагивались вопросы по семейным и интимным отношениям в семье. Успешность во взаимоотношениях специалиста и суицидента тесно зависит от доверительности. Так как нежелание суицидента доверять другим приводит к амбивалентности в отношении к терапевту и жизни вообще [180]. При общении с пациентами и родственниками мы старались задавать вопросы о суицидальных тенденциях напрямую, без какой-либо секретности и неопределенности. Открыто и прямолинейно больным и родственникам сообщалось, что суицидальное поведение – есть бессмысленное действие, разрушающее все интересы и перспективы каждого человека.

Представляется важным отметить, что помимо прочего, проводилась работа по повышению информированности о зависимости, созависимости, суицидальном поведении, по преодолению негативного отношения к медицине вообще, к психиатрам-наркологам, в частности. Нередко агрессивное отношение со стороны пациентов к специалистам возникало в связи с низкой терапевтической эффективностью: «Сколько раз лечусь, и никак не вылечусь». Вместе с тем, отрицательное отношение к медицине было связано с ухудшением психофизического состояния больных, абстинентным синдромом, актуализацией патологического влечения. Родственники связывали свое недоверие к психиатрам-наркологам не только с низкой эффективностью лечения, но и с обманом, исходящим от врачей. Выдвигались обвинения по стоимости оказанных услуг: «Во многих местах лечила, отдала уйму денег, а никакого толку», «Наркологи наживаются за счет больных».

Оценка личностно-типологических особенностей индивида позволяла прогнозировать возможные типы реагирования на психотравмирующие ситуации, определить устойчивость к стрессам и уровень фрустрационной толерантности. На основании обнаруженных особенностей вырабатывались психогигиенические рекомендации по рационализации режима труда и отдыха, улучшению межличностных отношений, формированию адекватных и продуктивных типов реагирования и поведения.

Последний этап психопрофилактического блока заключался в выявлении суицидальных тенденций посредством опроса. Изучались факторы рис-

ка суицидального поведения, факторы антисуицидального барьера, причины и мотивы актуализации суицидального поведения. В дальнейшем это позволило определить объем коррекционной и психотерапевтической работы.

Продолжительность психопрофилактического блока составляла 60 - 90 минут, проводился в индивидуальной форме. Следует отметить, что образовательный компонент, так или иначе, входит в психотерапевтический блок.

Дифференцированные подходы (психофармакотерапевтический блок) к медикаментозному лечению больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с учетом нарушения их психического состояния, интенсивности выраженности патологического влечения к ПАВ, игре, выраженности аффективных, поведенческих расстройств, суицидальной активности, несомненно, имеют значение для скорейшей ресоциализации и реадаптации.

К основным задачам психофармакотерапии относятся: 1) полная редукция соматовегетативной и психопатологической симптоматики синдрома отмены; 2) купирование или снижение интенсивности патологического влечения; 3) смягчение патологического избыточного аффективного реагирования на психотравмирующие ситуации; 4) стабилизация эмоционально-волевой сферы; 5) снижение суицидальной активности; 6) профилактика срывов, рецидивов и суицидального поведения.

Для больных алкоголизмом и опийной наркоманией в виду наличия токсического вещества в организме, при поступлении в стационар с острым абстинентным синдромом обязательным условием было проведение детоксикационной и инфузионной терапии. Как правило, использовались тиоловые препараты: унитиол (5-15 мл 5% раствора в/м), натрия тиосульфат (15-30 мл 30% раствора в/м). Объем внутривенных коллоидных (полиглюкин, реополиглюкин) и кристаллоидных (физиологического раствора NaCl, 5%-ный раствор глюкозы, 1,5%-ный раствор реамберина, трисоль, хлосоль) растворов в среднем составлял 1000-1200 мл/сут. Параллельно проводилась общеукрепляющая терапия (метаболическая и витаминотерапия, назначение препаратов с кардиопротекторным, гепатопротекторным и ноотропным действием). В частности назначались в средних терапевтических дозах следующие группы препаратов. Среди препаратов, улучшающих деятельность сердечно-сосудистой системы, применялись: кордиамин, панангин, рибоксин, а также гепатопротекторы – орнитин, эссенциале; ноотропы – пирацетам, церебролизин, для нормализации окислительно-восстановительных процессов назначались витамины: В1 (50-300 мг/сут), В6 (20-100 мг/сут), никотиновую кислоту (50-200 мг/сут), аскорбиновую кислоту (50-400 мг/сут). Безусловно, адекватная восстанавливающая терапия способствует раннему вовлечению больных в психотерапевтический процесс и по возможности скорому возобновлению трудовой деятельности [80].

Мишенью фармакотерапии у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников являлись психические расстройства. С целью воздействия на психопатологические состояния применялись психотропные лекарственные средства некоторых фармакологических групп. Следует отметить, что родственникам назначались кратковременные курсы психофармакотерапии. При этом подбирались препараты, обладающие малой психотропной активностью.

Наблюдения показали хорошую эффективность использования нейролептиков у аддиктов. Назначение их осуществлялось с целью коррекции психопатоподобного поведения, снижения интенсивности патологического влечения.

Нейролептики с антипсихотическим действием (аминазин, галоперидол) применялись короткими курсами в дозе 15-20 мг/сут только для купирования обострений патологического влечения к ПАВ, игре, протекающих в виде напряженности, раздражительности, грубых психопатоподобных нарушений с гетеро- и аутоагрессивным поведением. Мы, как и И.С. Павлов [135], не согласны с критикой некоторых авторов по применению галоперидола, других нейролептиков при купировании абстинентных расстройств. Так как здесь необходимо учитывать парциальную, ситуационную, а потом и полную психопатизацию больного по наркоманическому типу. В абстинентном состоянии даже при внешнем спокойствии потенциально присутствуют дисфория, агрессия, злоба, враждебность. Поэтому, прежде всего, важна нормализация психосоматического статуса, а не просто снятие ломки у зависимого пациента.

В группах больных алкогольной и наркотической зависимостями успешно подавляли патологическое влечение азалептин (25-100 мг/сут) и трифтазин (5-15 мг/сут). Если в психическом статусе у больных с химическими аддикциями на фоне астенизации доминировали тревога, подавленное настроение предпочтение отдавалось хлорпротиксену, дозировка которого возрастала до 0,2 г/сут в случае нарастания интенсивности указанных клинических проявлений.

У больных с зависимостью от азартных игр выраженный терапевтический эффект при расстройствах депрессивного спектра оказывали соннапакс (30 мг/сут), неулептил (20 мг/сут), амитриптилин (75 мг/сут) и пиразидол (100-150 мг/сут). Первые два препарата назначались исключительно при тревожно-депрессивных состояниях и эмоционально-волевых нарушениях, лежащих в основе психопатических и психопатоподобных синдромов (гетеро- и аутоагрессивное поведение). По мнению некоторых авторов, связь между частотой суицидов и лечением не столь очевидна, что, возможно связано недоучетом психогенеза расстройств, личностных и социальных факторов и отсутствием психотерапевтического лечения [141].

Среди трициклических антидепрессантов применялся коаксил (37,5-50 мг) в течение 90-120 дней. Чаще он назначался для больных в период становления ремиссии, когда на первый план выступали дисфорические, тревожно-депрессивные, диссомнические и поведенческие расстройства. Кстати, помимо описанных поливалентных фармакологических эффектов, у коаксила было выявлено нейропротективное и антиастеническое действие, что является важным дополнительным свойством препарата, и позволяет с новых позиций использовать его в долгосрочном лечении больных с синдромом зависимости [35].

Медикаментозная коррекция сна у зависимых больных осуществлялась путем использования транквилизаторов. Использовались седуксен (30 мг/сут), мезапам (30 мг/сут), радедорм (10 мг на ночь).

Пациенты с опиатной и игровой зависимостями принимали антаксон в дозе до 50 мг в сутки (350 мг в неделю) продолжительностью 6-12 месяцев в зависимости от актуализации патологического влечения к наркотику, игре, а также наличия срывов и рецидивов заболевания. Антаксон уже более 20 лет применяется для лечения опиатной наркомании. В то же время существуют исследования, иллюстрирующие высокую эффективность этого препарата у больных игровой зависимостью [30]. Это обстоятельство послужило основанием для назначения антаксона патологическим азартным игрокам. Известно, что при длительном применении антаксон ускоряет редукцию аффективных, неврозоподобных, психопатоподобных, вегетативных нарушений, способствует снижению выраженности патологического влечения, формированию критического отношения к болезни [157].

Больным с аддиктивными расстройствами назначался финлепсин (0,8 мг/сут) с постепенным снижением дозировки до 0,2 мг/сут, который обладает противосудорожным и нормотимическим действием. Кроме того, препарат использовался для купирования и профилактики аффективных расстройств депрессивного спектра. Курс составил 1,5-3 месяца.

Для воздействия на психопатологические состояния непсихотических регистров у матерей и жен применялись, так называемые малые нейролептики. При выборе препаратов мы руководствовались как клинической потребностью (необходимость самостоятельного воздействия на пограничные психические нарушения и потенцирования седативно-снотворные эффекты других лекарственных средств), так и особенностями их психофармакологического профиля. Дополнительным преимуществом служили хорошая переносимость препаратов в широком диапазоне доз, отсутствием выраженного влияния на неврологическое состояние и состояние сознания индивидов. Препаратами первого выбора были хлорпротиксен, сульпирид, суточные дозы которых составляли 5-40 мг/сут и 10-150 мг/сут, соответственно. Малые

нейролептики чаще назначались при истерических, дисфорических и эксплозивных состояниях.

Выраженный и продолжительный эффект у матерей и жен оказывали бензодиазепины, в виду их широкого спектра действия (стресс-протекторное, анксиолитическое, антидепрессивное, снотворное активирующее, вегетотропное). Назначались грандаксин – 5-300 мг/сут, диазепам – 15-30 мг/сут, нозепам – 20-40 мг/сут, лоразепам – до 0,5 мг/сут.

Для улучшения интеллектуально-мнестических функций, повышения концентрации внимания, восстановления работоспособности, физической и психической активности зависимых больных и родственников использовались энцефабол (0,4 мг/сут), фенибут (0,75 мг/сут), глицин (0,4-0,7 мг/сут), ноотропил (800 мг/сут). Вместе с тем эти препараты оказывали антидепрессивное, адаптогенное, вазовегетативное действие. Продолжительность курса – 1-3 месяца.

Переходя к описанию психотерапевтического блока, следует отметить, что, по мнению И.С. Павлова [135], в отечественной наркологии доминирует медикаментозный подход – достаточно эффективный, более простой и менее (по времени) затратный путь, чем психотерапевтическое вмешательство. Более того, в разработке психотерапевтической тактики лечения уделяется недостаточное внимание, нет целенаправленного движения в этом направлении, не применяются уже имеющиеся практические наработки, медленно идет развитие теоретических представлений и концепций в области психотерапии, отсутствует хронологическая упорядоченность этапов развития психотерапии в наркологии. Достаточно проблематично обстоит дело с методиками по психотерапии родственников больных.

Современная психотерапия наркологических больных и их родственников имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в концептуальном и методологическом плане направлений, объединению их в комплексные психотерапевтические программы. Кроме того, большое значение имеет определенная последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с личностной и терапевтической динамикой пациентов, что является претворением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии – динамического [64].

Задачи, которые решались с помощью психотерапии: 1) реинтеграция психики (преодоление анозогнозии, стабилизация эмоционального состояния и самооценки, формирование трезвеннических, витальных и ценностных установок, разрушение аддиктивных и саморазрушающих стереотипов поведения); 2) формирование устойчивой позитивной установки к планируемому и продолжительному стационарному или амбулаторному курсу лечения; 3) коррекция соматовегетативных и психических нарушений; 4) нормализация межличностного общения (развитие коммуникативных навыков, обучение

продуктивным и социально приемлемым способам реагирования и взаимодействия, коррекция отношений больных с родственниками); 5) мотивация к изменению образа жизни (отказ от употребления ПАВ, участия в играх, формирование стойкого негативного отношения к самоубийству); 6) психологическая поддержка больных с ад-диктивными расстройствами и их родственников с созависимым поведением.

В качестве основных методов психотерапии нами использовались: рациональная психотерапия, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, гипнотерапия, когнитивно-поведенческая, семейная психотерапия и групповая психотерапия. Указанные методы психотерапии в рамках предлагаемой комплексной программы взаимно дополняли друг друга, делая эту модель психотерапии перспективной по многим параметрам. Психотерапевтический блок программы имел некоторые особенности, о которых будет сказано ниже.

Психотерапевтическая работа начиналась с индивидуальной консультации, в ходе которой изучались особенности развития, воспитания испытуемых, психологический климат семьи, психическое состояние больных и родственников. Одновременно консультация носила информационно-просветительский характер. На занятиях (в индивидуальной и групповой формах) излагались: современные концепции этиопатогенеза зависимости и психических нарушений у родственников с созависимым поведением, проявления этих феноменов, медико-социальные последствия в различных сферах жизнедеятельности и способы отреагирования чувств.

В группах больных с аддиктивными расстройствами и родственников с суицидальным поведением рассматривались также психологические, философские и клинические аспекты феномена аутоагрессии. Так, например, обсуждались факторы риска суицидального поведения, при этом в обобщенном виде приводились данные, полученные в ходе клинического интервью обследуемых. На занятиях в форме лекций и демонстрации видеofilьмов анализировались распространенность и клинические особенности суицидального поведения, изучались современные модели профилактики суицидального поведения вообще, и у аддиктов и их родственников, в частности. Следует отметить, что при изложении материала учитывались образовательный статус обследуемых, степень их психологической готовности воспринимать полученную информацию. Беседа позволяла обнаружить личностные ресурсы по выработке антисуицидальных барьеров. Выяснялись значимые для обследуемых антисуицидальные факторы (религия, семья, хобби и др.). В процессе беседы устанавливался эмоциональный контакт, и закладывались условия для терапевтического альянса.

Объем образовательной части программы занимал 7-8 часов для обследуемых с суицидальным поведением и 3-5 часов – для обследуемых без суицидального поведения (занятия по 1,5-2 часа 3 раза в неделю).

Рациональная психотерапия была направлена на изменение неправильных когнитивных установок больных и родственников, коррекцию противоречивости и непоследовательности о своем расстройстве. В этом методе используется логическая способность индивида проводить сопоставление, делать выводы, доказывать и подкреплять их обоснованность, а мишенью является искаженная внутренняя картина болезни. Ключевым моментом рациональной психотерапии является объяснение сущности аддиктивного заболевания, созависимости, обсуждение данных обследования в соответствии с механизмами тех расстройств и осложнений, которые приобрел обследуемый в результате хронического течения расстройства.

Опрос показал, что сведения по аддиктивной проблеме заимствовались из средств массовой информации, от друзей. Пациенты считали, что диапазон и серьезность медико-социальных последствий несколько преувеличены. У женщин превалировало мнение о бесполезности попыток помочь больному в избавлении от этого социального недуга. Ими предлагались радикальные методы: лишить крова, бросить ребенка, мужа и уехать в другой город. Поэтому для коррекции устоявшейся точки зрения им объяснялось, что за консультацией следует обращаться к специалистам соответствующего профиля. Работа проводилась с помощью логических убеждений, цитирования данных научных источников, иллюстрации клинических примеров.

Представляется важным отметить проблему анозогнозии, которая чаще выявлялась у больных с зависимостью от азартных игр и у родственников. Преодоление анозогнозии у больных алкоголизмом и опиатной наркоманией осуществлялось, например, за счет констатации количества повторных госпитализаций и выраженности психических и соматических расстройств. Больные с зависимостью от азартных игр не считали себя больными. Свою патологию они обозначали как проблему. Из всех обследуемых реже всего за помощью обращались больные с зависимостью от азартных игр. Это отразилось на общем количестве участников настоящего исследования. Даже родственники патологических игроков не рассматривали их больными. Матери и жены полагали, что психическими больными можно назвать алкоголиков и наркоманов.

Работа по преодолению анозогнозии велась среди матерей и жен. Имеющиеся у них психические и соматовегетативные нарушения интерпретировались женщинами как результат стресса, социально-экономических преобразований в обществе, возрастных изменений и в большей мере эти расстройства были связаны с переживаниями за родителей, детей и своего зависимого больного члена семьи.

Стержнем рациональной психотерапии в группе зависимых больных и их родственников с суицидальным поведением являлась демонстрация негативных последствий хронической интоксикации ПАВ, участия в игре, созависимости сквозь призму аутоагрессии. В частности, наркологическим больным объяснялось, что употребление алкоголя, наркотиков само по себе является одной из форм аутоагрессивного поведения. Возникновение соматических заболеваний интерпретировалось как реализация соматической аутоагрессии: «Употребление алкоголя, наркотиков, в которых содержатся различные токсические вещества, разрушает функциональные возможности органов и систем организма. А Вы, зная об этом, продолжаете осознанно или неосознанно сокращать свое существование». Больным с зависимостью от азартных игр сообщалось, что эта зависимость является суицидоопасным заболеванием, где суицидальная активность возрастает по мере накопления финансовых, семейных и других проблем, а матерям и женам - «Семейный суицид проявляется через постоянные конфликты. Так или иначе, Ваша семья распадется. Давно доказано, что конфликты, предразводная ситуация и развод еще сильнее обостряют Ваши суицидальные тенденции». С помощью логических убеждений демонстрировалась необходимость и позитивность в формировании социально приемлемых форм поведения. Внимание акцентировалось на том, что эти больные и родственники являются суицидоопасными группами.

Обращает на себя внимание тот факт, что рациональная психотерапия у больных с аддиктивными расстройствами как самостоятельный метод психотерапии была менее результативной, чем у матерей и жен. Сеансы рациональной психотерапии проводились в индивидуальной форме.

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия – комбинированный метод, основанный на рациональных формах воздействия, включающий в себя элементы психодинамической психотерапии. Его цель – реконструкции и гармонизация нарушенной системы отношений личности, что и послужило ведущей причиной дезадаптации [85]. Данный метод позволяет распознать и реорганизовать дисгармоничные аспекты самосознания, послужившие источником психических расстройств, путем стремления к личностному изменению и восстановлению социального функционирования. Для достижения поставленной цели мы использовали несколько специальных приемов личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии, а именно:

- с помощью прояснения пациенты могли определить свое отношение к заболеванию и поведению. Это удавалось достичь посредством сбора информации о заболевании от врача. Больным подробно объяснялись не только динамика и последствия аддикции, но и способы решения аддиктивной проблемы. Родственникам предоставлялась информация о феномене созависимости.

мости. Акцент ставился на параллелизме проявлений зависимости и созависимости.

Для больных с аддиктивными расстройствами и родственников с суицидальным поведением информация предоставлялась так, чтобы они могли понять и осознать свой непродуктивный (саморазрушающий) стиль поведения;

- конфронтация помогала представить больным и родственникам в форме обратной связи информацию о неосознаваемых аспектах их психической реальности, противоречия в отношениях, установках, конфликтах, эмоциональных и поведенческих стереотипах.

В группах зависимых больных и родственников с суицидальным поведением конфронтация раскрывала неосознаваемые аутоагрессивные механизмы в поведенческих стереотипах исследуемого контингента. Так, например, больным алкоголизмом и опиатной наркоманией объяснялось, что ежедневное употребление спиртных напитков, наркотиков – есть отражение патологического гомеостаза, что в дальнейшем обуславливает актуализацию суицидальных тенденций. Пациентам с зависимостью от азартных игр сообщалось, что участие в игре - это способ ухода от реальной действительности, снятие с себя ответственности и инфантильное желание быстрой наживы. Родственникам также объяснялось, что за стремлением взять под контроль ситуацию они перестают ухаживать за собой. Кстати, созависимые остро реагировали на конфронтацию, в которой затрагивались эстетические аспекты феномена созависимости;

- интерпретация позволила сопоставить и соотнести различные проявления личности и расстройства в целостную, понятную для больного и родственника картину, помогла обозначить весь круг проблем.

Нами для больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с суицидальным поведением интерпретация всех сфер жизнедеятельности индивида осуществлялась сквозь призму аутоагрессии. Затрагивались глубинные психологические аспекты. Другими словами, излагались психодинамические основы формирования аддиктивного поведения и созависимости (фрустрированные потребности, передача семейный стилей «Не будь»). Больным и их родственникам были разъяснены проблемы, касающиеся их соматической, психической и социальной сфер. Полученные факты интерпретировались как различные проявления аутоагрессии (явной, латентной). Для большей убедительности мы апеллировали не только к выявленным проблемам, имеющихся у обследуемых лиц, а также к опубликованным материалам научной литературы и к собственному клиническому опыту.

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия проводилась в индивидуальной форме 2-3 в неделю по 50-60 минут в течение 4-6-ти месяцев в группе больных и родственников с суицидальным поведением и

3-4-х месяцев в группе больных и созависимых без суицидального поведения. Успешной она была для родственников с созависимым поведением.

Зарубежными специалистами высказывается мнение о том, что классическая гипносихотерапия практически исчерпала себя. Так как участие пациентов в подобном лечении остается весьма пассивным. В то же время использование гипнотических техник в терапии психических и наркологических расстройств в нашем регионе показала достаточную эффективность. Мы полагаем, что гипнотерапия может использоваться в комплексе с другими методами.

При достижении общепринятыми способами состояния гипнотического сна, мы опирались на ощущения, которые обследуемые испытывают ежедневно при физиологическом сне (релаксация мышц, ощущение тяжести и тепла в теле, замедление темпа дыхания, частоты сердечных сокращений, снижение чувствительности, отключение мыслей от посторонних звуков) и в дальнейшем осуществляли процедуры рационального внушения. Состояние релаксации побуждало их спокойно осмыслить создавшуюся ситуацию и по-иному посмотреть на семейные, профессиональные и другие проблемы. Одновременно гипнотерапия использовалась в качестве одного из методов профилактики психосоматических заболеваний.

В гипнотических формулах обращалось внимание на негативные последствия употребления алкоголя, наркотиков, подчеркивалось, что психоактивные средства разрушают здоровье, снижают иммунитет, вызывают различные соматические, инфекционные и психические расстройства. Акцент ставился и на разрушенные социальные и семейные отношения. Больным с зависимостью от азартных игр внушалось, что участие в азартных играх обуславливает развитие психических расстройств, депрессии, неустойчивости настроения и в результате суицидального поведения. Вместе с тем, гипносуггестивное воздействие было направлено на мобилизацию сохранных качеств личности больного или родственника, стабилизацию психического статуса, нейтрализацию аффективных расстройств (тревоги, раздражительности, сниженного настроения), нормализацию сна, соматического статуса и семейных отношений, восстановление здоровья, работоспособности, доверия среди коллег и знакомых. Обследуемым внушался новый позитивный образ жизни, адекватное и терпимое отношение к окружающим, стимулировалось стремление к общению со здоровыми людьми, к занятиям любимым делом, физкультурой и спортом.

В группах зависимых больных и их родственников с суицидальным поведением дополнительно применялись лечебные внушения. Психотерапевтическое воздействие было адресовано к суицидальным аспектам психических расстройств. Внушения содержали формулировки иллюстрирующие взаимосвязь между аддиктивным поведением и актуализацией суицидаль-

ных тенденций. В частности озвучивалось: «Употребление алкоголя, наркотиков, участие в азартных играх провоцирует у Вас желание покончить собой. Через алкоголь, наркотики, азартные игры идет Ваше собственное саморазрушение. При этом, убивая себя, Вы за собой тяните своих близких и т.д.». Сеансы завершались внушениями, поддерживающие их уверенность в прекращении алкоголизации, наркотизации, участия в играх, восстановлении здоровья, работоспособности.

Трансовые состояния у родственников с суицидным поведением использовались для внушения жизнеутверждающих установок. Обращалось внимание на деструктивность созависимого поведения: «Повышенная тревожность, беспокойство, бессонница вызывают у Вас развитие различных, в том числе тяжелых соматических заболеваний», «Желание контролировать каждый шаг Вашего ребенка/мужа или жертвенность Вашего поведения ведет к нарушению отношений в семье, создает предпосылки для разочарования, постоянной неудовлетворенности, развития депрессии и суицидального поведения». Формулировки внушения содержали информацию, направленную на нивелирование комплекса неполноценности, чувства вины «Перестаньте искать виноватых». Завершаются сеансы формулами на оптимизацию настроения, уверенность в себе.

Полный курс лечения, как в индивидуальной, так и в групповой форме составлял 20 – 30 сеансов у обследуемых с суицидальным поведением и 10-15 сеансов у обследуемых без суицидального поведения с частотой 2-3 раза в неделю. Продолжительность курса гипнотерапии составляла 30-50 минут. Сеансы проводились индивидуально и в группах.

Полученные эффекты закреплялись на сеансах (индивидуально и в группах) аутогенной тренировки. Предполагалось, что, обучив больных и женщин методам саморегуляции, удастся помочь им самостоятельно справляться со стрессовыми ситуациями, купировать интенсивные негативные эмоции и тем самым повысить самооценку. Исходя из потребностей пациентов и родственников, на начальных этапах аутогенные внушения сочетались с гетеровнушениями, что позволило существенно сократить время на обучения их методам саморегуляции. Аутогенная тренировка также проводилась индивидуально и в групповой форме, 20-25 сеансов по 20-30 минут – больные и родственники с суицидальным поведением и 10-15 сеансов - больные и родственники без суицидального поведения. Следует отметить, что аутогенная тренировка была эффективной как для зависимых больных, так и для их родственников.

Особенно значимыми в психотерапевтическом плане оказались когнитивный и поведенческий уровни личности. Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой процесс направленного формирования желаемых, конструктивных форм поведения на основе принципов теории научения.

Значение при проведении сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии придавалось обучению больных и их родственников навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к ПАВ, игре, формированию адекватного когнитивного функционирования, повышению фрустрационной толерантности, овладению навыками, расширяющих их адаптационные возможности, а также усилия были направлены на слом патологических паттернов аутоагрессивного поведения.

Придерживаясь общих принципов когнитивной психотерапии (отсутствие отвлекающих факторов, интенсивная, отчетливая, структурированная, конкретизированная, наглядная подача информации), осуществлялась поэтапная работа по выявлению, актуализации и систематизации косвенных признаков патологического влечения. Пациентам всех групп объяснялись его (патологического влечения) клинические проявления: болезненные ощущения в теле, раздражительность, сниженное настроение, сновидения аддиктивного содержания. Иногда патологическое влечение возникало в ответ на такие пусковые механизмы как встреча или телефонные звонки «знакомых собутыльников, наркоманов, игроков», конфликты в семье. Наилучшие результаты в решении этой проблемы мы получили при использовании техник десенситизации. По мнению Вольпе, действия совершенные в воображении, ничем не отличаются от обычных. Вначале больным предлагалось вспомнить те ситуации, которые провоцируют влечение с вербализацией эмоций и чувств. При достижении их максимальной выраженности (о состоянии психофизического дискомфорта зависимый сигнализировал, как правило, поднятием указательного пальца руки), пациент сосредоточивал свое внимание на позитивном образе, тем самым, достигая состояния релаксации. Образ представляется несколько раз. На начальных этапах это упражнение сочеталось с гетероуверениями.

Прорабатывалась проблема рецидива. Когнитивное реструктурирование психики пациентов осуществлялось таким образом, что рецидив заболевания воспринимался ими как возможная негативная составляющая процесса ремиссии, но с которыми необходимо бороться. Поэтому очередной срыв не вызывал у больных с аддиктивными расстройствами каких-либо панических настроений. А, наоборот, он стимулировал больных к дальнейшему активному совершенствованию и личной ответственности с учетом предыдущих ошибок.

Для нейтрализации аффективных состояний, возникающих, как правило, при ожидании срыва, либо при рецидиве аддиктивного заболевания у ребенка/мужа, использовались техники десенситизации. Матери и жены представляли образы, связанные со страхом рецидива заболевания у больного члена семьи. При ощущении максимальных проявлений (тревога, беспокойство, раздражительность, вегетативные нарушения) женщины сразу пере-

ключались на состояние релаксации. Это упражнение за период занятия закреплялось несколько раз.

Среди больных с суицидальным поведением дополнительно применялись техники десенситизации, включающие образы суицидального содержания. Другими словами, при обострении патологического влечения пациент представлял свое падение в «яму проблем» в прямом и переносном смысле. При этом больные отмечали не только неприятные физические ощущения (холод, темнота), но и психические (одиночество, не востребованность, отчужденность). Позитивные образы были связаны с представлениями хорошего самочувствия, уверенности в себе, любви и понимания со стороны близких родственников.

Тот же принцип соблюдался среди родственников с суицидальным поведением. Иными словами, также применялись техники десенситизации, направленные на дезактуализацию суицидальных тенденций. При возникновении негативного состояния, включающее в себя чувство бессилия, сниженное настроение, суицидальные намерения, испытываемые должны были формировать позитивные образы.

Осуществлялась поэтапная работа по выявлению, актуализации и систематизации косвенных признаков суицидального намерения: снижение настроения и социальной активности, возникновение мыслей о бесперспективности будущего и нежелательности своего существования. В период продолжительного лечения выявлялись скрытые когнитивные процессы и образования, а в них – иррациональные элементы. Основной постулат проводимой когнитивной терапии – «Неправильные мысли ведут к неправильным поступкам». В частности, женщины полагали, что ответственность за болезненное состояние своих детей/мужей они должны нести наравне с ними или сосуществование с больным рано или поздно должно завершиться смертью, в том числе суицидальной какой-либо из сторон. При этом возможность выздоровления обеих сторон, женщинами вообще не рассматривалась. Коррекция искаженной информации проводилась через апелляцию к научным данным или к конкретным клиническим примерам. Все реальные, психотравмирующие проблемы, с которыми сталкивались они, также становились предметом обсуждения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия проводилась индивидуально и в группе. Продолжительность курса когнитивно-поведенческой психотерапии составляла от 10 до 30-ти сеансов, 2-3 раза в неделю по 1-1,5 часа.

Роль семьи в становлении аддиктивных расстройств, в формировании суицидального поведения и в реабилитации зависимых и их родственников в настоящее время признается большинством специалистов соответствующего профиля [19, 40]. В то же время, обнаруживались некоторые специфические трудности. На получение от матерей и жен согласия участия в семейной

психотерапии приходилось затрачивать значительно больше времени. Как правило, женщины не осознавали (или не соглашались) своей роли в формировании и поддержании зависимого и суицидального поведения. Участие в лечении пациента чаще ограничивалось настоятельными просьбами и требованиями его госпитализации. Возможно, это связано с тем, что семья охотно принимает позитивные изменения до тех пор, пока они не угрожают привычному для них взаимодействию, «гомеостазу» [64].

Различные варианты семейной терапии в первую очередь были ориентированы на преодоление семейной дисфункциональности, а также на разрушение патологических стереотипов, на улучшение социальных навыков.

Среди методов семейной психотерапии эффективными были циркулярное (системное) интервью, метод экстернализации проблемы, краткосрочная психотерапия супружеской пары и профилактика психологии жертвы. Психотерапевтическая работа велась как индивидуально с больными и созависимыми, так и совместно (больные и созависимые).

Метод циркулярного (системного) интервью позволял получать не только сведения о семейной проблеме, но и одновременно осуществлять психотерапевтические интервенции. Стратегии, используемые больными и их родственниками, были стереотипными и негибкими. Чаще всего присутствовали необоснованные требования, угрозы, шантаж. Пациенты чаще считали виноватыми в их заболевании своих матерей и жен, полагая, что желание употребить ПАВ или участвовать в азартной игре возникает из-за скандалов в семье, провоцируемых созависимыми членами семьи. В свою очередь, попытки взять под тотальный контроль поведение зависимого ребенка/супруга заканчивались разочарованием, безразличием. Циркулярные вопросы помогали обеим сторонам осознать, что позиции: «Где бы выпить, уколоться, она достала меня», «Ей все денег мало, надо отыграться», «Либо я умру, либо он» являются непродуктивными, саморазрушающими. Психотерапевтическая тактика была построена таким образом, что аддиктивные больные, матери и жены приходили к пониманию необходимости равномерного распределения ответственности за все события семейной жизни. Помимо того, родственникам предлагалось в той или иной мере дистанцироваться от забот о больных, восстановить собственные интересы, увлечения, круг общения и в целом стремиться жить «своей жизнью». В результате прежние патологические конструкты подвергались «утилизации» с постепенным формированием новых.

Акцентировалось внимание на причинах возникновения семейного дисбаланса и возможностях его нормализации, при условии со стороны жены/матери, придерживаться партнерского стиля взаимоотношений без попыток тотального контроля поведения больного, со стороны аддикта - полного отказа от употребления ПАВ, участия в играх. Больным и родственникам

предлагалось обсуждать и принимать решения совместно. Им рекомендовалось в случае возникновения сложных, на их взгляд, безвыходных ситуаций, обращаться за помощью к специалисту.

Психотерапевтическая тактика метода экстернализации проблемы была построена так, чтобы пациенты воспринимали семейную проблему, симптомом дисфункциональности с позиции «наблюдателя». Это позволило открыть им доступ к его перспективам и ресурсам. Включение пациентов к решению семейной проблемы реализовалось первоначально на вербальном уровне. Больные предлагали свои пути нормализации семейной обстановки. Однако акцент ставился в первую очередь на полном отказе от употребления ПАВ, участия в играх. Периодически нами иллюстрировались собственные, своего рода адекватные пути решения проблем. В тоже время они не преподносились как аксиоматические.

При применении метода экстернализации проблемы женщины должны были охарактеризовать те чувства, которые возникали при таком подходе. Они предлагали свое видение решение аддиктивной семейной проблемы.

В группе зависимых больных и ближайшего окружения, в анамнезе которых фиксировались суицидальные формы аутоагрессивного поведения, семейная психотерапия была направлена на разрушения непродуктивных паттернов саморазрушающего поведения. Слом неадаптивных семейных взаимодействий происходил следующим образом. 1) Подчеркивалась общность развития суицидального поведения при зависимости и созависимости. Это достигалось за счет вербализации и иллюстрации параллелизма указанных феноменов, констатацией суицидальных мыслей и попыток между членами семьи. 2) Проигрывались имеющиеся отношения в семье с последующим анализом. 3) Выбатывались и закреплялись продуктивные стили внутрисемейных отношений.

Предложенная тактика семейной психотерапии может проводиться как индивидуально с больным, так и с супружескими парами.

Консультирование или краткосрочная психотерапия супружеской пары включала в себя следующие моменты. Супружеской паре объяснялось, что аддиктивное поведение – это проблема семейная, так как страдают все члены семьи. Акцентировалось внимание на причинах возникновения семейного дисбаланса и возможностях его нормализации, при условии полного отказа от употребления ПАВ, участия в играх. Паре предлагалось обсудить и принять решение по этому вопросу. Женам рекомендовалось вербально поощрять мужа за трезвость, а также совместно с мужем обсуждать любые проблемы в семье. Женам также объяснялось, что она в некоторых случаях может своим поведением и резкими высказываниями провоцировать срывы. В затруднительных ситуациях или если пара преднамеренно движется по не-

правильному пути, наша активность была минимальной. Обычно давались рекомендации.

Консультирование пар с суицидальным поведением сопровождалось вербализацией и демонстрацией внутрисемейных стилей отношений, способствующих актуализации суицидальных тенденций. В частности, рекомендовалось избегать агрессивной манеры общения, не формировать друг в друге комплекса вины. Предлагалось обсуждать и планировать перспективные семейные проекты, побуждать оптимизм, чаще реализовывать совместное времяпровождение.

В группе матерей с суицидальным поведением дополнительно анализировались ситуации по совершению суицидальных попыток. Матери, абстрагируясь от себя, давали независимую оценку этих эпизодов, вербализовали иные продуктивные стратегии поведения. Периодически нами иллюстрировались собственные, своего рода адекватные пути решения проблем. В тоже время они носили рекомендательный характер.

Ключевым моментом в профилактике аутоагрессивного поведения является работа по «Избавлению от психологии жертвы». Родственникам были показаны психологические награды и негативные последствия психологии жертвы. При этом выделялась «красной чертой» высокая суицидогенность феномена виктимности, способного актуализировать явные и латентные формы аутоагрессии у ближайшего семейного окружения, а именно у мужа и детей.

Профилактика психологии жертвы состояла в выявлении паттернов виктимного поведения, в научении вербализировать свои чувства и распознавать роль спасателя, от которой они должны отказаться. В беседе проводились параллели между феноменами виктимности и суицидального поведения. Происходило обучение навыкам отстаивания своего мнения и правильного распределения ответственности между всеми членами семьи.

Продолжительность курса семейной психотерапии составляла от 20 до 30-ти сеансов, 2-3 раза в неделю по 1,5-2 часа.

На сеансах групповой психотерапии осуществлялась коррекция нарушенных межличностных отношений и закрепление адекватных форм реагирования в процессе группового воздействия. Именно групповая психотерапия позволила добиться наиболее заметного позитивного эффекта как у зависимых больных, так и у их родственников. Вместе с тем, групповая психотерапия больных алкоголизмом, опиатной наркоманией и с зависимостью от азартных игр отличалась более директивным стилем ведения группы психотерапевтом, по сравнению с лицами созависимым поведением, более активным участием специалиста в дискуссиях и более четким структурированием времени и тематики занятий. Многие авторы также указывают на то, что

психотерапевт в группах аддиктов должен быть более активен и директивен, с четким модулированием своих эмоций и рефлексией.

Собственные наблюдения позволили выделить несколько видов эффектов от групповой психотерапии, которые, на наш взгляд, в наибольшей степени способствуют коррекции поведения зависимых больных и родственников:

- осознание проблемы и вербализация негативного опыта. Через поставленные психотерапевтом специальные вопросы, задаваемые членам группы, происходит осознание скрытых проблем – конфликтности в семье и с окружающими, эпизодов неправильного поведения, включая суицидальное. Самораскрытию членов группы способствует наличие близкой по духу аудитории, которая понимает и разделяет все тревоги и проблемы участника группы. Со стороны психотерапевта и других членов группы создаются условия для раскрепощения и вербализации негативных чувств, накопленные за многие годы. Мощным фактором, блокирующим отрицательные эмоции является внимание и поддержка группы. Возможность раскрыться обуславливает у участника групповой терапии нейтрализацию психоэмоционального напряжения, снижение неприязни к родственникам и к другим лицам, которые, по мнению обследуемого, явились источником его бед;

- обмен информацией позволяет пациентам и родственникам посмотреть на свое поведение более отстраненно, объективно, провести анализ, наметить пути преодоления своего негативного поведения;

- имитационное поведение заключается в возможности учиться друг у друга конструктивным моделям поведения, перенять у позитивно настроенных членов группы мировоззренческие позиции и житейские навыки, способы преодоления стрессовых ситуаций. Коррекция неадекватных и стереотипных моделей поведения была эффективной за счет анализа, как собственных отношений, так и отношений других членов группы. Общение с такими членами группы потенцирует развитие оптимистических установок на жизнь, альтруизма, готовит больных и созависимых лиц к участию в реабилитационных программах и в собраниях групп самопомощи зависимых больных, родственников пациентов. Кстати, три человека (созависимые лица) после прохождения полного курса групповой психотерапии, организовали впоследствии собрания помощи родственникам зависимых больных;

- конфронтация возникала вследствие отсутствия полного единодушия в группе. Мы также не препятствовали конфронтации между участниками группы. Она способствовала выработке оптимального решения при обсуждении сложных жизненных ситуаций, включая и суицидальное поведение. Положительным моментом конфронтации в группе являлось то, что создавалась возможность обучения больных и созависимых навыкам бесконфликтного общения, вырабатывались умения сдерживать свои эмоции и сопротив-

ляться нажиму более активных приятелей, играющих в их жизни отрицательную роль;

- коррекция самосознания возникает в ответ на интенсивные взаимодействия с партнерами по группе. В группе ее член получает непредвзятое мнение о самом себе. При формировании адекватной самооценки, участники группы становятся уверенными в себе, спокойными, повышается фрустрационная толерантность. Поскольку актуализация суицидального поведения тесно связана с заниженной самооценкой, ее повышение за счет группового коррекционного воздействия создает предпосылки для снижения суицидальной готовности, а, следовательно, и для достижения продолжительной и стабильной ремиссии.

Наиболее обсуждаемые темы на сеансах групповой психотерапии у обследуемых с суицидальным поведением были: «Болезнь», «Здоровье», «Смысл существования», «Почему люди совершают попытки самоубийства». На групповых сессиях обсуждались вопросы восстановления естественной полноценной жизни, особенных механизмов ее обеспечения. Восстановление экзистенциальной значимости, витального ощущения жизни, ее многообразия осуществлялось посредством апеллирования к эпизодам жизни до заболевания, к тем особенностям восприятия окружающей действительности, обеспечивающим гармоничное взаимодействие и самодостаточность.

Занятия проводились в малых закрытых группах (7-12 человек), один раз в неделю, продолжительностью 2-2,5 часа, 20-25 встреч.

Оценка эффективности

Анализ эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий проводился в конце амбулаторного лечения (на 7-8 месяцев наблюдения), который включал в себя: клинико-психопатологическое обследование (оценка психического, соматовегетативного, семейного и социального статусов) и катамнестическое наблюдение от одного года до трех лет. Нами предложены клинические критерии, позволяющие не только оценивать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, но и строить определенные прогнозы в отношении развития суицидоопасных состояний у больных и их родственников.

Под наблюдением находилось 461 человек; из них 216 человек (46,9%) прошли полный предлагаемый курс лечения, 109 человек (23,6%) пройдя курс фармакотерапии, прервали участие в групповой психотерапии и ограничились участием в краткосрочных и среднесрочных терапевтических мероприятиях без последующей психотерапевтической поддержки.

Для объективизации данных группы были поделены потому же принципу, что и в предыдущих главах, то есть на обследуемых с суицидальным поведением (основные группы) – 172 человека (37,3%) и на обследуемых без суицидального поведения (группы сравнения) – 289 человек (62,7%).

Больные с аддиктивными расстройствами полностью прошли стационарный курс психофармакотерапии. Спустя некоторое время больные и их родственники (через 5-7 сеансов или на 10-14 дни) отказались от психотерапевтического лечения и реабилитации из основных групп 34 человека (19,7%) и из групп сравнения – 102 человека (35,3%). Поэтому оценка эффективности проводилась от общего количества обследуемых в каждой группе (рисунок 39).

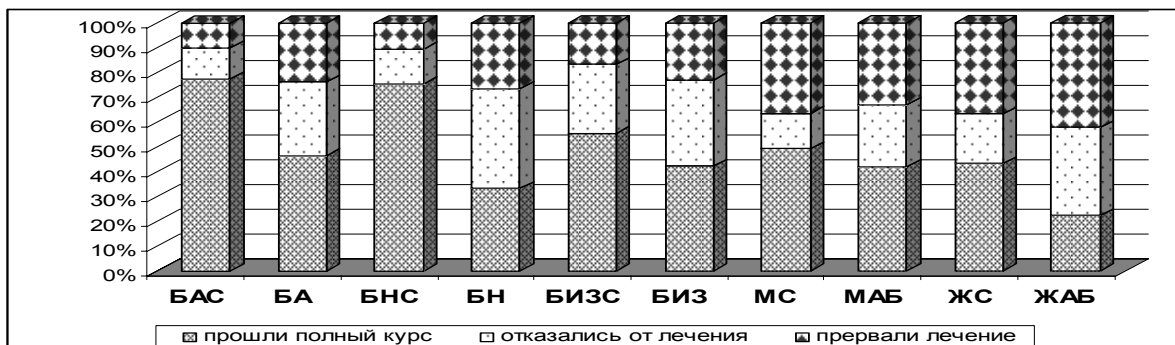


Рисунок 39. Распределение зависимых больных, матерей, жен с суицидальным поведением (BAC, BHC, BIZC, MC, JC) и зависимых больных, матерей, жен без суицидального поведения (BA, BH, BIZ, MAB, JAB) в зависимости от участия в программе

Полный курс лечебно-реабилитационной программы среди обследуемых с суицидальным поведением прошли в порядке убывания: больные алкоголизмом (77,5%), больные опиатной наркоманией (75,4%), больные с зависимостью от азартных игр (55,6%), матери (46,4%) и жены (44,8%). В группах сравнения эти соотношения распределились: больные алкоголизмом (46,5%), с зависимостью от азартных игр (42,3%), больные опиатной наркоманией (33,3%), матери (36,4%) и жены (27,4%). Из приведенных данных явствует, что мотивация на участие в длительных терапевтических мероприятиях была выше у зависимых больных и родственников с суицидальным поведением, чем у больных и родственников групп сравнения. Высокая мотивация в терапии, вероятно, связана с переживаемыми чувствами страха, тревоги за свою жизнь. Больные и родственники, совершившие намеренные попытки самоубийства, так же как и те, которые не преследовали в реализации суицидной попытки летального исхода, выражали сожаление по поводу случившегося. Именно желание предотвратить возможность развития суицидных тенденций являлось ведущим мотивом участия в программе. Анализ динамики аддиктивных расстройств и психических нарушений у родственников с иллюстрацией негативных последствий этих состояний являлся дополнительным аргументом по повышению мотивации участия в лечебно-реабилитационном процессе больных и их родственников.

Отчасти парадоксальными, на наш взгляд, были результаты по отказавшимся от психотерапевтического лечения. Удельный вес больных алкоголизмом и опиатной наркоманией с суицидальным поведением (12,5% и

14,0%) подтверждает высокую мотивацию этих пациентов в продолжение лечения, тогда как удельный вес больных лудоманией основной группы составил 27,8%. Отказавшихся от лечения матерей и жен было 13,5% и 20,6%.

Показательны данные по обследуемым лицам из групп без суицидального поведения. Наибольшее количество лиц, которые отказались от лечения – это жены аддиктов (43,8%), далее следовали больные опиатной наркоманией (40,0%), больные с зависимостью от азартных игр (34,6%), больные алкоголизмом (29,6%), матери больных (21,5%). Обследуемые лица ссылались на повышенную занятость и финансовую несостоятельность. Думается, что со стороны респондентов помимо указанных причин, имелась некоторая недооценка всей серьезности последствий зависимости/созависимости. Многие из них не рассматривали эти феномены как болезненные состояния. Этим и объясняется преобладание среди них отказавшихся от продолжения участия в программе.

Прервали психотерапевтическое лечение (не участвовали в групповой психотерапии): больные алкоголизмом - 10,0% и 23,9%; больные опиатной наркоманией – 10,5% и 26,6%; больные с зависимостью от азартных игр – 16,7% и 23,1%; матери – 17,9% и 33,8%; жены – 34,4% и 28,7%. То есть в показателе по отказавшимся участвовать в групповой терапии, обследуемых с суицидальным поведением было меньше, по сравнению с респондентами второй группы.

Статистическая обработка данных представлена в таблице 119.

Таблица 119

Результаты данных по участию обследованных в программе

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Больные алкоголизмом</i>		
прошли полный курс	6,381	0,03
отказались от лечения	4,61	0,04
прервали лечение	3,243	0,07
<i>Больные опиатной наркоманией</i>		
прошли полный курс	11,58	0,001
отказались от лечения	8,92	0,003
прервали лечение	4,5	0,03
<i>Больные с зависимостью от азартных игр</i>		
прошли полный курс	0,006	0,91
отказались от лечения	0,23	0,63
прервали лечение	0,27	0,60
<i>Матери больных с аддитивными расстройствами</i>		
прошли полный курс	9,02	0,005
отказались от лечения	54,72	0,001
прервали лечение	9,99	0,002
<i>Жены больных с аддитивными расстройствами</i>		
прошли полный курс	4,692	0,03
отказались от лечения	4,757	0,02
прервали лечение	0,502	0,47

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий подтверждается данными по динамике соматовегетативной, психопатологической симптоматики, суицидальной активности и по показателям, характеризующих восстановление семейного и социального статусов.

Отмечено нивелирование до полного исчезновения соматовегетативных расстройств у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников. Следует обозначить, что по большинству клинических признаков соматовегетативных нарушений достоверных отличий между сравниваемыми группами не обнаружено. Тем не менее, удельный вес указанных расстройств после лечения значительно снизился как у обследованных основных групп, так и у обследованных групп сравнения. Например, у больных алкоголизмом головные боли до реализации нашей программы фиксировались у 72,5% больных основной группы и у 76,1% пациентов групп сравнения, после лечения результаты были соответственно 30,0% и 47,9% (рис. 40).

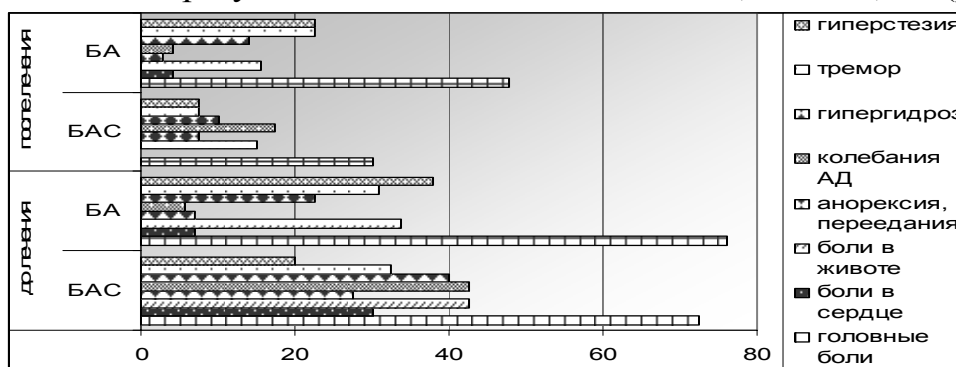


Рисунок 40. Динамика соматовегетативных расстройств у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА) до и после лечения

Установлено купирование болевой симптоматики: боли в сердце до лечения констатировались в 30,0% случаев – основная группа и в 7,0% - группа сравнения. После лечения кардиалгии фиксировались лишь во второй группе больных (4,2%). Боли в эпигастральной области до лечения наблюдались у 42,5% и 33,8%, тогда как после лечения - у 15,0% и 15,5% больных.

Существенно больше было больных с признаками нарушенного пищевого поведения (анорексия, переедания), а именно до лечения – 27,5% и 7,0%. Однако после лечения и реабилитации удельный вес больных, не соблюдающих режим питания, стал меньше - 7,5% и 2,8%, соответственно.

С помощью предлагаемой комплексной программы удалось снизить интенсивность расстройств вегетативной нервной системы. Колебания АД до лечения выявлялись у 42,5% и 5,6%, после лечения – у 17,5% и 4,2% при этом различия были достоверны. Повышенная потливость в аналогичные периоды отмечалась у 40,0% и 22,5% и у 10,0% и 14,1%. Достоверные отличия

получены по симптомам «тремор» век, кистей рук – у 32,5% и 31,0% и у 7,5% и 22,5%, и «гиперстезия» - в 20,0% и 38,0% и в 7,5% и 22,5% случаях.

Больше было расстройств у больных наркоманией, которые также значительно подверглись редукции после прохождения программы (рис. 41).

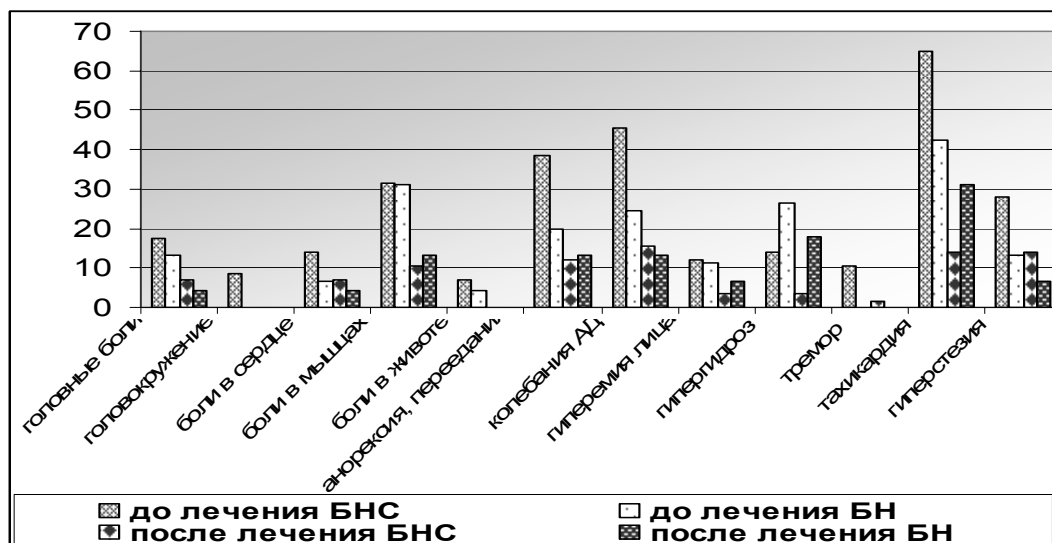


Рисунок 41. Динамика соматовегетативных расстройств у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у без суицидального поведения (БН) до и после лечения

Так, например, головные боли до лечения у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением выявлялись у 17,5%, у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения - 13,3%, тогда как после подведения итогов по программе – в 7,0% и 4,4% случаях. Головокружение наблюдалось до лечения лишь в основной группе больных – 8,7%.

Алгические проявления также постепенно нивелировались в процессе лечения и реабилитации. Часто беспокоящие боли и ломота в мышцах (31,5% и 31,1%) были менее актуальны после лечения – 10,5% и 13,3%. Боли в сердце разного характера (14,0% и 6,6%) сохранялись после лечения у незначительного количества пациентов (7,0% и 4,4%), а боли в животе беспокоили больных только до реализации программы (7,0% и 4,4%).

У 38,5% и у 20,0% до лечения обнаруживались нарушения пищевого поведения, которые после лечения оставались у 12,2% и 13,3%. Однако, интенсивность была меньше, чем до лечения.

Иллюстративны показатели по купированию вегетативной симптоматики. В частности, колебания артериального давления у больных основной группы до лечения (45,6%) были в два раза меньше (15,7%) после лечения, у больных группы сравнения этот показатель до лечения (24,4%) в более чем половине случаев встречался реже после лечения (13,3%).

Нормализация деятельности вегетативной нервной системы подтверждается положительной динамикой симптома «гиперемия лица» (12,2% и 11,1% - до лечения и 3,5% и 6,6% - после лечения). То же самое относится к

симптомам «гипергидроз»: (14,0% и 26,6%; 10,0% и 14,1%) и «тремор» (10,5% и 0,0%; 0,0% и 1,7%), соответственно.

Нарушения ритма сердечной деятельности в виде тахикардии фиксировалось у 64,9% больных группы БНС и у 42,2% пациентов группы БН. Как правило, тахикардия сохранялась раннее длительное время. В результате предлагаемой программы, тахикардия купировалась у большинства больных, о чем свидетельствует имеющееся небольшое количество больных первой группы с тахикардией после лечения – 14,0%, тогда как в группе сравнения удельный вес пациентов снизился незначительно, то есть до 31,1%.

Что касается больных с зависимостью от азартных игр, то после реализации программы достигнуты положительные результаты по многим показателям соматовегетативных расстройств (рисунок 42).

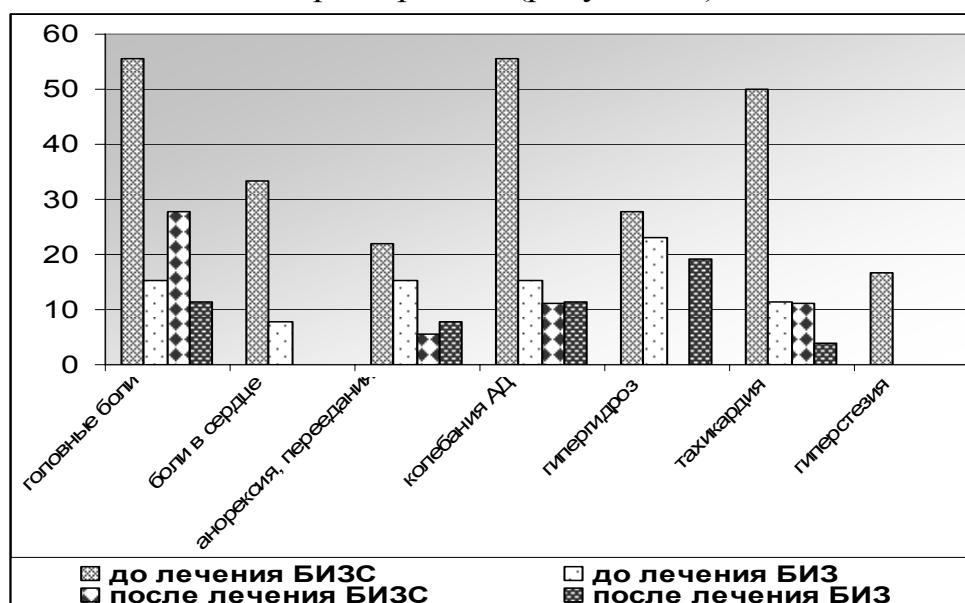


Рисунок 42. Динамика соматовегетативных расстройств у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ) до и после лечения

В большинстве случаев у больных лудоманией с суицидальным поведением наблюдались головные боли (55,6%), у больных лудоманией без суицидного поведения этот показатель был у 15,4%. Однако, в процессе лечения у 27,8% и 11,5% головные боли носили невыраженный и нерегулярный характер. Кардиалгии полностью купированы у больных обеих групп. Они были до лечения у 33,3% и 7,7% респондентов. Анорексия и переедания до лечения наблюдались у больных 1-ой группы в 22,0% случаях и у больных 2-ой группы - в 15,4%. Менее результативными оказались психотерапевтические мероприятия для 5,6% БИЗС и для 7,7% БИЗ. Колебания АД обуславливали появление головных болей у обследованных. До лечения удельный вес больных с перепадами АД был у 55,6% и 15,4% пациентов. На наш взгляд, стабилизация АД была достигнута посредством данной программы, так как больных с этим симптомом осталось 11,1% и 11,5%. Наруше-

ния сердечно-сосудистой деятельности проявлялось учащенными сердцебиениями (50,0% и 11,5%). После лечения лишь у 11,1% и у 3,8% сохранялась тахикардия.

Симптомы: «повышенная потливость» (27,8% и 23,1%), «гиперстезия» (16,7% и 0,0%) полностью купированы у БИЗС (0,0% и 19,2%; 0,0% и 0,0%).

Обращает на себя внимание положительная клиническая динамика, проявляющаяся в редукции ведущих соматовегетативных симптомов в обеих группах матерей больных с аддиктивными расстройствами (рисунок 43).

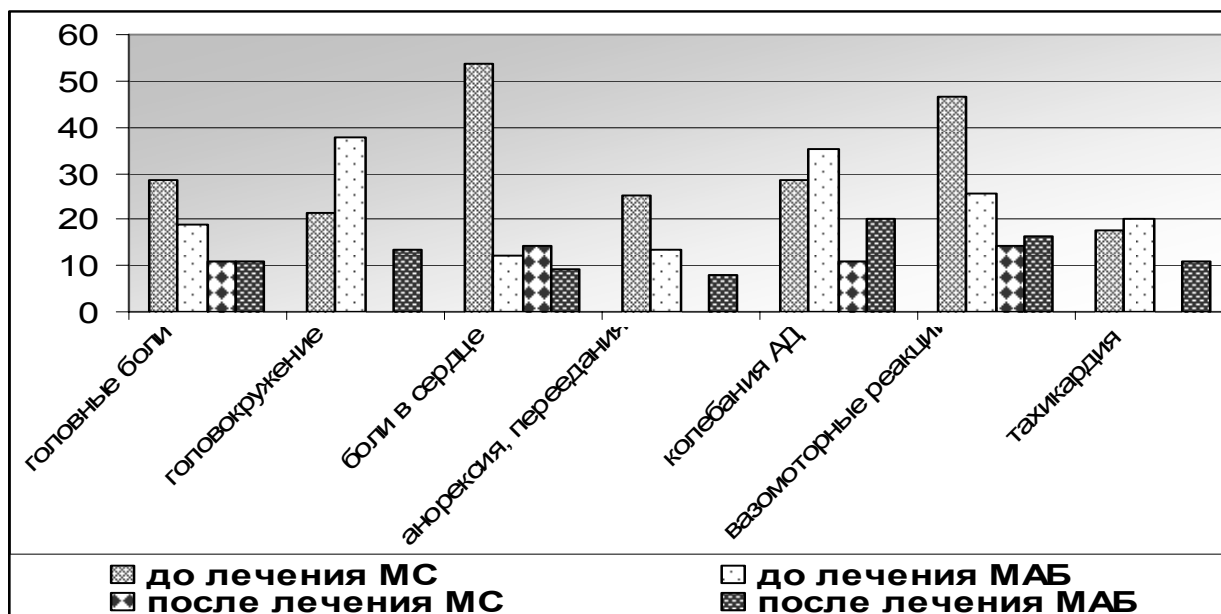


Рисунок 43. Динамика соматовегетативных расстройств у матерей с суицидальным поведением (МС) и у матерей без суицидального поведения (МАБ) до и после лечения

При опросе матерей установлено, что головная боль и головокружение носили постоянный характер, это в свою очередь способствовало снижению работоспособности, ухудшению ночного сна, появлению раздражительности. Головные боли до лечения наблюдались у 28,5% матерей группы МС и 18,9% у матерей группы сравнения, тогда после лечения этот симптом отмечался в равных соотношениях (10,7% и 10,8%).

До лечения головокружения встречались у 21,4% и 37,8%. Полностью прекратили беспокоить головокружения у матерей первой группы, у матерей второй группы головокружения сохранялись в 13,5% случаях.

Кардиалгические боли до лечения преобладали у подавляющего большинства матерей группы МС (53,5%), у матерей группы МАБ они были у 12,1%. Выраженность этого симптома свидетельствует о дисфункции вегетативной системы и, как правило, это сопровождалось аффективными расстройствами: тревожностью, страхом смерти. При наличии сердцебиения матери испытывали указанные эмоции, были вынуждены более двух раз в день вызывать бригаду скорой помощи. Купирование этого симптома обеспечивало женщинам спокойствие, уверенность в завтрашнем дне, ощущение

«снятия ограничений жизнедеятельности». После лечения боли в сердце фиксировались у 14,2% и 9,4%, при этом различия в основной группе матерей были достоверны.

По мере стабилизации психики, у обследуемых нормализовался аппетит, особенно это было выражено у матерей группы МС. Первоначально расстройства пищевого поведения выявлены у 25,0% и 13,5%. Однако после лечения анорексия и переедания были только в группе МАБ (8,1%). Кроме того, матери первой группы сообщили и об употреблении качественно разнообразных пищевых продуктов с большим содержанием витаминов и минералов. Нормализацию аппетита матери считали одним из «видных» критериев эффективности. Ранее отсутствие аппетита у матерей было в период рецидива аддикции у их детей, а употребление большого количества мучных изделий и сладкого наблюдалось у матерей в периоды кратковременных ремиссий у сыновей и дочерей. Поэтому колебание веса было 5 ± 2 килограмма.

Контроль АД осуществлялся двукратным измерением (утром и вечером) на протяжении двух-трех месяцев. Так как его колебания обнаружены были у 28,5% матерей с суицидальным поведением и у 35,1% матерей без суицидального поведения. Через 1,5 месяца от начала терапии артериальное давление в более половине случаев в обеих группах матерей находилось в пределах 110/70 – 130/90 мм рт. ст., за исключением 10,7% и 20,3% матерей обеих групп. Стабилизация АД была достигнута посредством проведения сеансов гипнотерапии и аутогенной тренировки. Так как именно механизмы релаксации являются ведущими в нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы и в профилактике психосоматических расстройств.

Как было сказано выше вазомоторные реакции (чувство жара, онемения, гиперемия лица, сухость кожи) констатировались у 46,4% матерей основной группы и у 25,6% матерей 2-ой группы. Лишь после лечения слабо выраженные вазомоторные реакции определялись у 14,2% и 16,2% матерей.

Успешно были купированы нарушения сердечного ритма (0,0% и 10,8%), которые до лечения беспокоили 17,8% и 20,2%.

Эффективность программы доказана в группе жен больных (рис. 44).

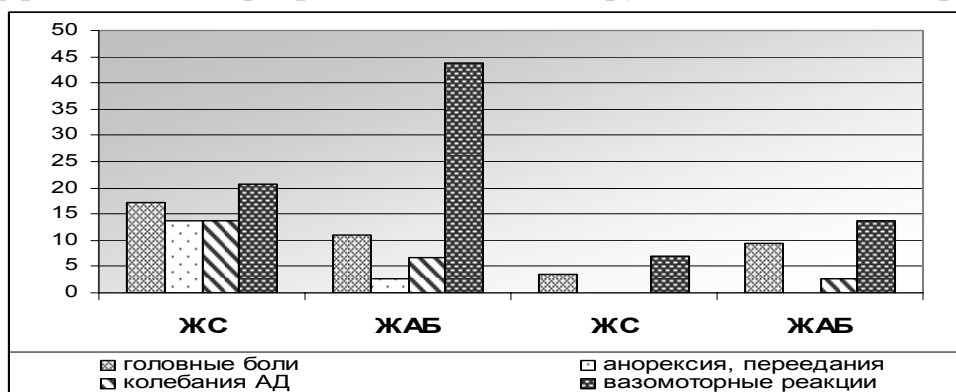


Рисунок 44. Динамика соматовегетативных расстройств у жен с суицидальным поведением (ЖС) и у жен без суицидального поведения (ЖАБ) до и после лечения

Головные боли до лечения выявлены у 17,2% и у 10,9%. Однако после терапии удельный вес жен с этим симптомом был меньше: 3,4% и 9,5%.

Иллюстративны показатели по анорексии и перееданию. До лечения расстройства питания фиксировались у 13,8% и 2,7%. После реализации программы нарушения пищевого поведения отсутствовали в обеих группах жен.

Весьма эффективно купированы перепады АД (0,0% и 2,7%), хотя до лечения колебания АД наблюдались у 13,8% и 6,8%.

Нарушения деятельности вегетативной системы отмечались у 20,7% и 43,8%. Этот показатель после лечения снизился до 6,9% и 13,7%.

Результаты данных с расчетом достоверности отражены в таблице 120.

Таблица 120

Купирование соматовегетативных расстройств

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Больные алкоголизмом</i>		
головные боли	3,373	0,06
боли в сердце	1,737	0,18
боли в животе	0,05	0,98
анорексия, переедания	1,304	0,25
колебания АД	5,5	0,02
гипергидроз	0,387	0,53
тремор	4,076	0,04
гиперстезия	4,076	0,04
<i>Больные опиатной наркоманией</i>		
головные боли	0,301	0,58
боли в сердце	0,301	0,58
боли в мышцах	0,009	0,92
анорексия, переедания	0,033	0,85
колебания АД	0,121	0,72
гиперемия лица	0,538	0,46
гипергидроз	5,79	0,01
тремор	0,797	0,37
тахикардия	4,33	0,03
гиперстезия	1,42	0,23
<i>Больные игровой зависимостью</i>		
головные боли	1,87	0,17
анорексия, переедания	0,076	0,78
колебания АД	0,002	0,96
гипергидроз	3,91	0,04
тахикардия	0,89	0,34
<i>Матери больных аддиктивными расстройствами</i>		
головные боли	0,44	0,50
головокружение	1,98	0,15
боли в сердце	7,29	0,007
анорексия, переедания	1,17	0,27
колебания АД	0,43	0,70
вазомоторные реакции	3,32	0,06
тахикардия	1,17	0,27
<i>Жены больных аддиктивными расстройствами</i>		
головные боли	0,739	0,39
колебания АД	0,81	0,36
вазомоторные реакции	0,925	0,33

Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Что касается психопатологических критериев, то по ним выявлено значительное количество достоверных отличий, иллюстрирующих эффективность комплексной лечебно-реабилитационной программы. За наблюдаемый период у зависимых больных и их родственников заметно снижалась выраженность депрессивной, тревожной и дисфорической симптоматики. Настроение становилось стабильным без существенных колебаний. Результативность предлагаемой программой заключалась в быстрой редукции конфликтности, раздражительности, агрессивности, истероподобных реакций. Субъективно пациенты и родственники отмечали хорошее настроение и самочувствие, отсутствие желания употреблять ПАВ, участвовать в игре, контролировать поведение больных. Обследуемые сообщали о внутреннем психологическом комфортном состоянии, желании жить, участвовать в общественной жизни. В процессе психофармакотерапии и психотерапии у обследуемых нормализовался сон, аппетит, повысилась активность, они становились эмоционально доступными, приветливыми. Кроме того, у испытуемых исчезали слабость, вялость, пассивность, истощаемость. Значительно ослабевала интенсивность патологического влечения к ПАВ, игре: «Практически нет тяги», улучшалось настроение, сон. Относительным критерием эффективности были абсолютная индифферентность или реакции отторжения, негативизма: «Это зараза, это яд».

У больных алкоголизмом на начальном этапе ремиссии исходно повышенные показатели депрессии (95,0% - группа БАС и 91,5% - группа БА) и тревоги (82,5% и 88,7%) постепенно снижались: депрессия – 25,0% и 53,5%; тревога – 22,5% и 39,4% (рисунок 45).

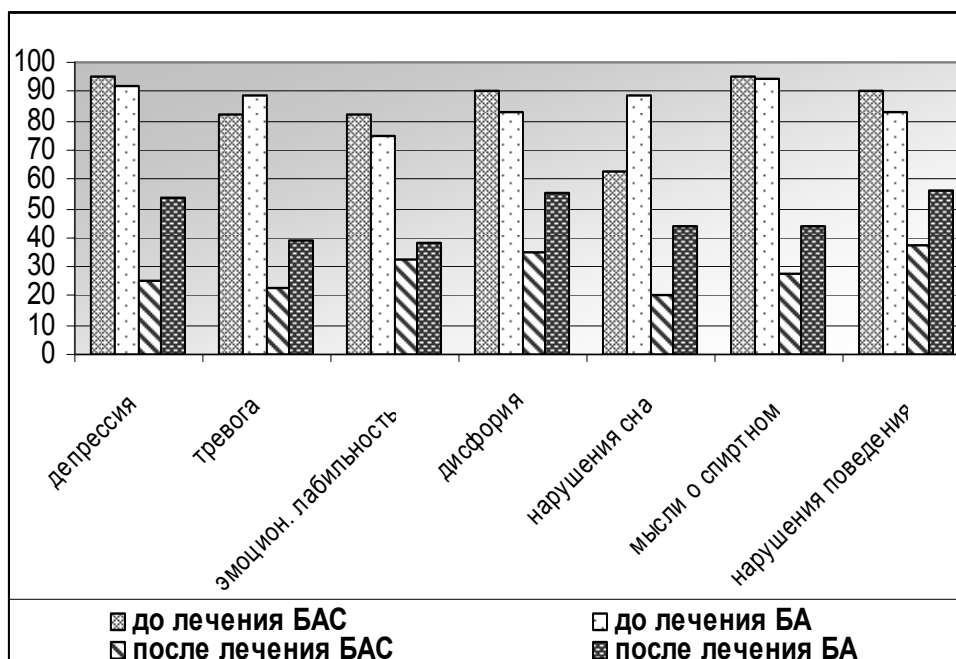


Рисунок 45. Динамика психопатологических расстройств у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА) до и после лечения

Примечание. Эмоцион. лабильность - эмоциональная лабильность

Однако выраженность депрессивной симптоматики у больных алкоголизмом с суицидальным поведением уменьшалась значительно раньше и была достоверно ниже, чем в группе больных алкоголизмом без суицидального поведения. По тревожности выявлена тенденция к достоверности различий между сравниваемыми группами до и после лечения. Эмоциональная неустойчивость до лечения у больных алкоголизмом первой группы фиксировалась в 82,5% случаях, у больных второй группы – 74,6%, тогда как после лечения в 32,5% и 38,0% случаях, соответственно.

Показатели дисфории также продемонстрировали преимущество данной программы, так как до лечения она выявлялась у 90,0% и 83,0% больных, после лечения – у 35,0% и 54,9%. Различия были достоверными. Диссомнические расстройства встречались у 62,5% больных основной группы и у 88,7% больных алкоголизмом группы сравнения. Однако после лечения и реабилитации различия между группами оказались еще более выраженными, а именно: 20,0% - группа БАС и 43,7% - группа БА.

Существенная дезактуализация патологического влечения у больных алкоголизмом сопровождалась редукцией интенсивности идеаторного компонента ПВА. Если до лечения у больных алкоголизмом первой группы идеаторный компонент присутствовал у 95,0%, то после лечения – у 27,5%, а у больных второй группы – 94,3% и 43,7%, соответственно.

Поведенческие расстройства в виде повышенной конфликтности, раздражительности, враждебности и оппозиционности наблюдались у 90,0% и 83,0% обследуемых, а после лечения – у 37,5% и 56,3%.

Результативность программы подтверждается отличиями по снижению до полного исчезновения депрессивной симптоматики у больных наркоманией с суицидальным поведением с 91,2% до 21,0%, в группе больных наркоманией без суицидального поведения – с 86,6% до 57,8% (рис. 46).

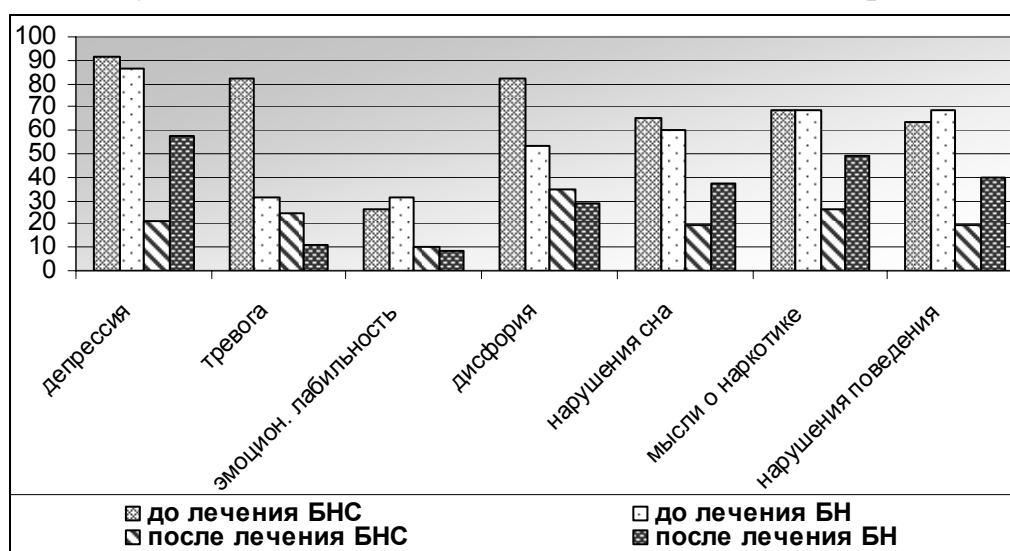


Рисунок 46. Динамика психопатологических расстройств у больных опийной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных опийной наркоманией без суицидального поведения (БН) до и после лечения. Примечание. Эмоцион. лабильность - эмоциональная лабильность

Из представленных на рисунке 46 данных видно, что тревога до лечения в обеих группах больных отмечалась у 82,4% и 31,1%. Несмотря на отсутствие значимых отличий в период ремиссии, тем не менее, можно отметить существенное снижение уровня тревоги в основной группе больных (24,6%) по сравнению со второй группой больных (11,1%).

Зачастую эмоциональная неустойчивость обуславливала возникновение у пациентов сниженного фона настроения, эмоционального дискомфорта (26,3% и 31,1%). В ходе проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий эмоциональная лабильность сохранялась у 10,5% и 8,8% обследуемых.

Дисфорическая симптоматика, наблюдаемая у большинства больных в начале лечения (82,4% - группа БНС и 53,3% - группа БН), резко снижалась в процессе лечения (35,0% и 28,8%). Однако различия между сравниваемыми группами были не достоверны, что, вероятно, связано со снижением числа больных в группах к концу курса лечения.

Весьма иллюстративны показатели, характеризующие нормализацию сна. Так до лечения нарушения сна в виде частых просыпаний, поздних засыпаний, сновидений кошмарного и связанных с наркотической тематикой характера отмечались у 64,9% больных основной группы и у 60,0% больных группы сравнения. После лечения различия оказались статистически значимыми: нарушения сна в группе больных с суицидальным поведением были достоверно реже таковых в группе больных без суицидального поведения на протяжении большей части исследования (19,2% и 37,7%).

До проводимого лечения мысли о наркотике занимали главенствующее положение, мешали выполнению повседневных обязанностей у 68,4% больных группы БНС и у 68,8% больных группы БН. К третьему месяцу лечения констатировалось достоверное снижение их активности у больных с суицидальным поведением (26,3%), тогда как в группе больных без суицидального поведения удельный вес идеаторного компонента ПВН оставался высоким (49,8%).

Достоверные отличия получены по поведенческим расстройствам. Так, например, до применения настоящей программы они наблюдались у 63,2% и 68,9% больных, после лечения – у 19,2% и 40,0%, соответственно.

Высокий удельный вес депрессии до лечения фиксировался у 77,8% больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением и 80,8% больных без суицидального поведения. Настоящая программа позволила снизить депрессивные проявления (27,8% и 46,2%) (рисунок 47).

До похождения программы тревожность у больных первой группы была выше (44,4%), чем у больных второй группы (38,4%). Однако после лечения уровень тревоги в основной группе больных (5,6%) был достоверно ниже такового в группе сравнения (19,2%).

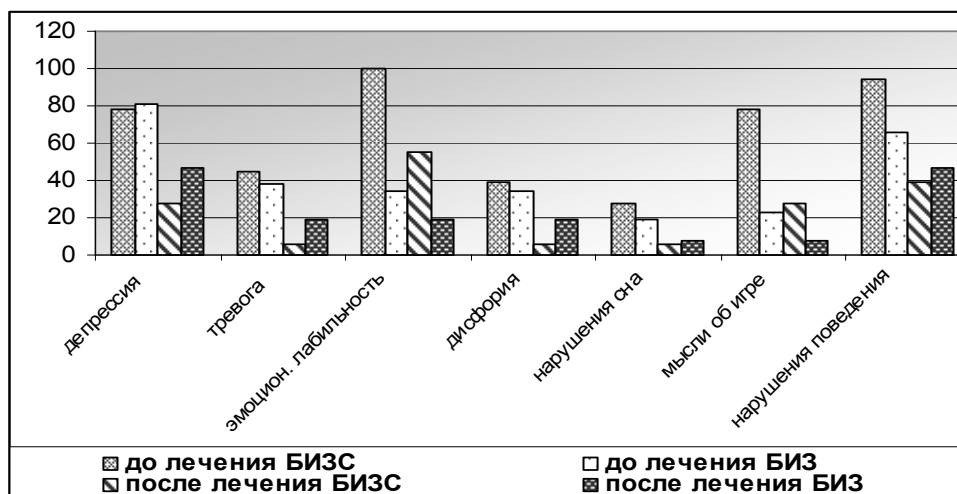


Рисунок 47. Динамика психопатологических расстройств у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ) до и после лечения

Примечание. Эмоцион. лабильность - эмоциональная лабильность

Эмоциональная неустойчивость и до лечения, и после лечения доминировала в группе больных с суицидальным поведением (100,0% и 55,6%), в группе больных без суицидального поведения эмоциональная лабильность в аналогичные периоды встречалась в 34,6% и 19,2% случаях. Вместе с тем, применение настоящей программы позволило снизить показатели по эмоциональной неустойчивости на 44,4% или в 1,8 раза.

Дисфория до лечения отмечалась в первой группе больных у 38,9%, во второй группе – у 34,6%, после лечения, достоверно меньше она была в основной группе – 5,6%, в группе сравнения – 19,2%.

На отсутствие эффекта от программы указали 5,6% - группа БИЗС и 7,7% - группа БИЗ с нарушениями сна. Однако до лечения нарушения сна были выявлены 27,8% и 19,2%, соответственно.

Постоянные мысли об игре до проводимой терапии и реабилитации присутствовали у 77,8% больных с суицидальными тенденциями и у 23,0% больных без суицидального поведения, а после лечения – у 27,8% и 7,7%.

У подавляющего большинства больных обеих групп до лечения фиксировались нарушения поведения (94,4% и 65,4%). В результате проводимых мероприятий удалось добиться существенного снижения удельного веса больных с поведенческими расстройствами (38,9% и 46,2%).

Внедрение программы в наркологическую практику позволило полностью купировать депрессивную симптоматику у матерей зависимых больных с суицидальным поведением. До программы депрессивная симптоматика фиксировалась у 25,0% матерей основной группы и у 13,5% матерей группы сравнения, после лечения – у 0,0% и 6,8%, соответственно. При этом существенно улучшался эмоциональный статус матерей. Характерны высказыва-

ния женщин на этот счет: «На жизнь смотрю как-то иначе, мир увидела в цветах».

Динамика обратного развития психопатологической симптоматики у матерей с суицидальным поведением представлена на рисунок 48.

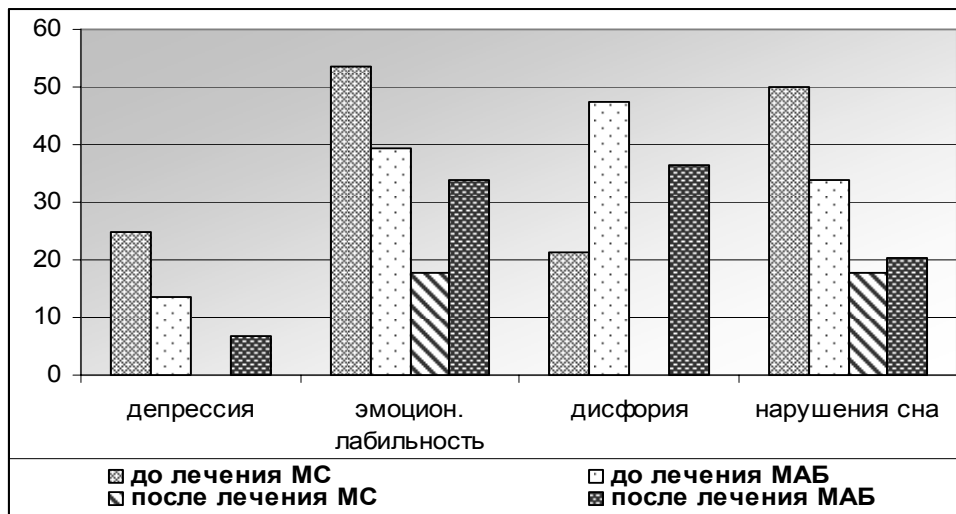


Рисунок 48. Динамика психопатологических расстройств у матерей зависимых больных с суицидальным поведением (МС) и у матерей больных без суицидного поведения (МАБ) до и после лечения

Примечание. Эмоцион. лабильность - эмоциональная лабильность

Ожидаемым и полезным эффектом применения предложенной реабилитационной технологии стала нормализация фона настроения. Так как до нее эмоциональная неустойчивость отмечалась у 53,6% матерей первой группы и у 39,2% матерей второй группы. С помощью лечебно-реабилитационной программы удалось добиться достоверного снижения этого показателя именно в группе матерей с суицидальным поведением (17,8% и 33,8%).

Вспышки раздражительности, злобы, агрессии до лечения наблюдались у 21,4% матерей группы МС и у 47,3% матерей группы МАБ. В результате терапии и реабилитации эта симптоматика встречалась у 14,2% и 36,4%.

Данные свидетельствуют о том, что с применением антимортальных подходов выраженность диссомнических расстройств у матерей существенно купировалась. Из первоначально 50,0% матерей группы МС с нарушениями сна после лечения их осталось 17,8%, а из 33,8% матерей группы МАБ - 20,2%.

Депрессивная симптоматика констатировалась до лечения у 37,9% у жен больных с суицидальным поведением и у 56,2% жен без суицидального поведения. После терапии субдепрессия сохранялась некоторое время у 20,6% группы ЖС и как видно еще больше у жен группы ЖАБ (43,8%). Женны первой группы сообщали о значительном улучшении настроения, появлении оптимистичности в собственных взглядах на будущее. Основная масса женщин группы ЖАБ выражала сомнения по выздоровлению своего больно-

го мужа, и поэтому у них основное время суток преобладал сниженный фон настроения (рисунок 49).

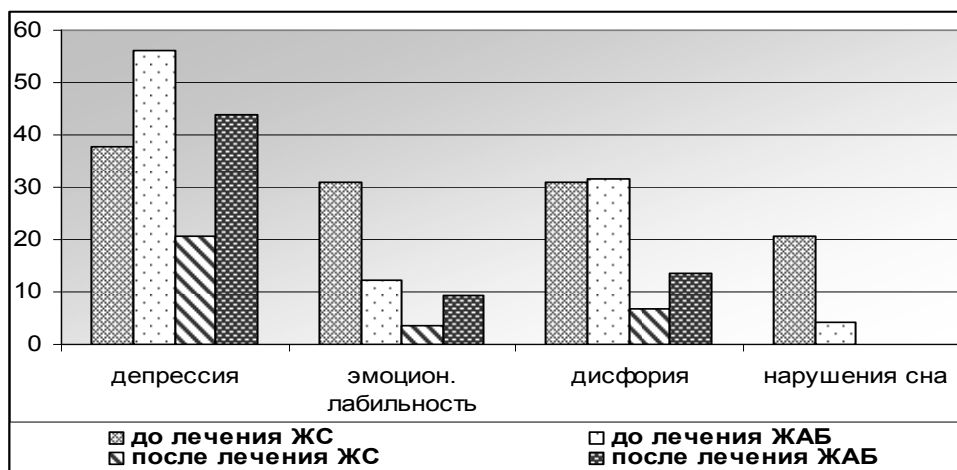


Рисунок 49. Динамика психопатологических расстройств у жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) и у жен больных без суицидального поведения (ЖАБ) до и после лечения
Примечание. Эмоцион. лабильность - эмоциональная лабильность

Эмоциональная неустойчивость до лечения встречалась у 31,0% и у 12,3%. По мере прохождения психофармакотерапии и психотерапии у подавляющего большинства жен с суицидным поведением отмечалась нормализация психического статуса за счет купирования состояния внутренней напряженности и неустойчивости настроения. Так удельный вес жен этой группы с эмоциональной лабильностью составил лишь 3,4%. Жены второй группы, хотя и сообщали об улучшениях, тем не менее, считали, что у них сохраняется тревожность ожидания очередного срыва у больного члена семьи. Невозможность взять ситуацию под тотальный контроль провоцировало у них раздражительность и неустойчивость настроения и после лечебно-реабилитационных мероприятий (9,5%).

Состояние дисфории наблюдалось в обеих группах жен до прохождения программы в равных соотношениях (31,0% - группа ЖС и 31,5% - группа ЖАБ). В дальнейшем это состояние было купировано в большей степени у жен с суицидальным поведением. Дисфория сохранялась в 6,9% случаях у жен первой группы и в 13,7% случаях у жен второй группы.

Продолжительный, без частых просыпаний сон констатировался в обеих группах жен. Со слов обследуемых женщин сны были приятного или нейтрального содержания. Состояние пробуждения характеризовалось бодростью, отсутствием разбитости и слабости. Диссомнические расстройства наблюдались только до лечения (20,7% - группа ЖС и 4,1% - группа ЖАБ).

Статистическая обработка данных с расчетом достоверно отличий по критериям эффективности реализуемой лечебно-реабилитационной программы отражена в таблице 121.

Результаты статистических данных по критериям эффективности программы. Купирование психопатологических расстройств

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Больные алкоголизмом</i>		
депрессивная симптоматика	8,479	0,004
тревога	3,302	0,06
эмоциональная неустойчивость	0,339	0,56
дисфория	4,073	0,04
нарушения сна	6,285	0,01
мысли о спиртном	2,841	0,09
поведенческие расстройства	3,632	0,05
<i>Больные опиатной наркоманией</i>		
депрессивная симптоматика	14,5	0,001
тревога	3,01	0,08
эмоциональная неустойчивость	0,076	0,78
дисфория	0,828	0,36
нарушения сна	4,132	0,03
мысли о наркотике	5,54	0,01
поведенческие расстройства	4,31	0,03
<i>Больные с зависимостью от азартных игр</i>		
депрессивная симптоматика	1,52	0,21
тревога	3,93	0,04
эмоциональная неустойчивость	6,25	0,01
дисфория	3,93	0,04
нарушения сна	0,08	0,72
мысли об игре	9,21	0,07
поведенческие расстройства	0,23	0,63
<i>Матери больных с аддиктивными расстройствами</i>		
депрессивная симптоматика	1,98	0,15
эмоциональная неустойчивость	9,99	0,002
дисфория	0,481	0,48
нарушения сна	0,308	0,58
<i>Жены больных с аддиктивными расстройствами</i>		
депрессивная симптоматика	4,757	0,02
эмоциональная неустойчивость	0,739	0,39
дисфория	0,925	0,33

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Оценка эффективности социальной составляющей производилась посредством бесед с больными и их родственниками, наблюдением за поведением. Внимание уделялось восстановлению, коррекции и формированию нормативных личностных и социальных качеств обследованных. В процессе терапии аддикты и их родственники становились более эмоционально контактными. Длительное и постоянное участие в программе обеспечивало снижение конфликтности, нормализации межличностных отношений в семье, с коллегами по работе, в неформальной обстановке с друзьями и другими участниками групповой терапии. Процесс ресоциализации обычно начинался с появления признаков нормативного морально-этического поведения:

обследуемые старались соблюдать личную санитарную гигиену, становились приветливым, спрашивали разрешение при совершении действий, имеющих отношение к другим членам семьи, стремились говорить правду, вникали в проблемы семьи и частично участвовали в решении ее бытовых проблем, проявляли интерес к состоянию своего здоровья, занимались физической культурой и спортом, охотно беседовали с лечащим врачом, устраивались на работу или возобновляли учебу. Более того, они принимали активное участие в общественных мероприятиях (жилищное управление, деятельность в профессиональных сообществах и пр.).

Респонденты сообщали, что лучше адаптировались в социальной среде, улучшались коммуникативные процессы. Важным свойством нашей программы являлось потенцирование в больных проявление заботы о близких, а также желание оказывать им посильную помощь. Родственники, в свою очередь научились продуктивно взаимодействовать со своими больными членами семьи, равномерно распределять домашние и другие обязанности.

Было установлено, что у больных БАС конфликтные отношения с родителями отмечались в 70,0% случаев, у больных группы БА – в 54,9%. Эффективность реализуемых мероприятий подтверждается резким снижением внутрисемейной напряженности. При этом частота конфликтов в группе БАС была достоверно меньше, чем в группе БА (20,0% и 43,7%) (рис. 50).

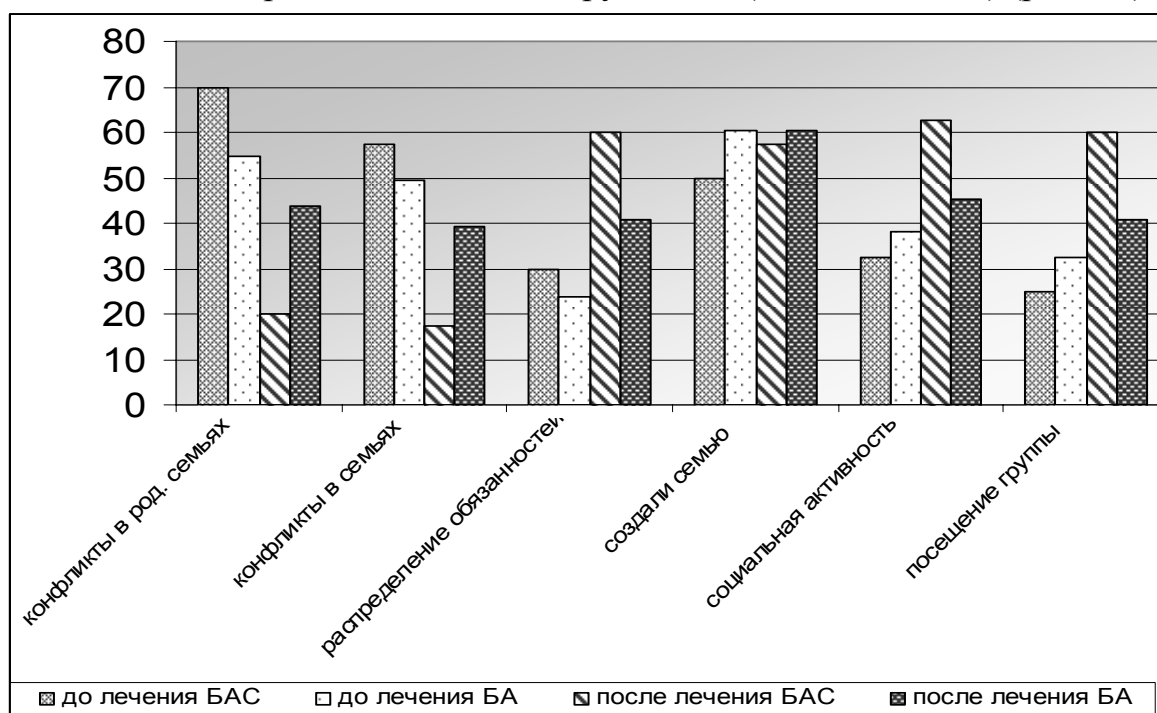


Рисунок 50. Динамика показателей социально-психологической реадaptации у больных алкоголизмом с суицидным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидного поведения (БА) до и после лечения

Примечание. Конфликты в род. семьях - конфликты в родительских семьях

Нормализация отношений после лечения обнаруживалась и в собственных семьях больных. Так, до терапии и реабилитации конфликты были у

57,5% семей пациентов основной группы, в семьях больных группы сравнения - у 49,3%. Однако в ходе программы конфликтность в семьях больных первой группы была значимо меньше ((17,5% и 39,4%).

Достоверные различия получены по равномерному распределению ответственности в семье (60,0% и 40,8%). По вопросам, касающихся лечения алкоголизма, выбора клиники, врача, покупки медикаментозных средств, мать или жена занимала позицию помощника.

До терапии инициатива исходила от родственников (30,0% и 23,9%). Положительным моментом было и то, что частью бытовых проблем занимались больные алкоголизмом ребенок или муж. В семьях больных без суицидального поведения решением практически всех вопросов занимались со-ависимые родственники, так как сохранялось недоверие к больному алкоголизмом: «Рано доверять, может украсть или что-то по дешевке продать».

На момент исследования собственные семьи имели 50,0% больных алкоголизмом с суицидальным поведением и 60,5% больных алкоголизмом без суицидального поведения. По трехлетним катамнестическим данным свои семьи создали только представители основной группы (57,5%)

Треть больных первой группы (32,5%) и 38,0% больных второй группы, так или иначе, принимали участие в жизнедеятельности семьи и социума в целом. Анализ программы показал, что удельный вес пациентов, принимавшие участие в жизни семьи, в других сферах жизнедеятельности достоверно был выше в группе БАС (62,5% и 45,1%). Возрастание социальной активности в сравниваемых группах выражалось в расширении круга общения, то есть общение с лицами, не имеющих алкогольных проблем в семье. Больные алкоголизмом стали следить за своим внешним видом, совершать покупки, посещать парикмахерские, спортивные клубы. Улучшение качества жизни проявлялось заботой о детях, родителях.

Отношение к социуму выражается посещением групповых занятий. И в количественном, и в качественном выражении показатель «регулярность посещения группы» превалировал в первой группе больных (60,0% и 40,8%). До программы посещаемость занятий групповой психотерапии составляла 25,0% и 32,4%. На занятиях они проявляли большую активность и заинтересованность в полном восстановлении. Охотно делились своими проблемами, вступали в дискуссии, выражали эмоции. Представители группы сравнения, наоборот, не соблюдали график посещения занятий, находили отговорки: «Плохо себя чувствую, давайте перенесем занятие на несколько дней, у меня проблемы и пр.». Иногда приходилось использовать активные интервенции. То есть приглашение на сеансы осуществлялось через значимых для пациентов родственников.

Раннее конфликтные отношения больных опиатной наркоманией с родителями констатировались в 61,4% случаях в семьях опиоманов с суици-

дальним поведением и в 73,3% случаях в родительских семьях пациентов без суицидального поведения. Достоверных отличий по нейтрализации конфликтности в процессе терапии и реабилитации между обеими группами не установлено. Тем, не менее, конфликтность с родителями в семьях больных основной группы была существенно меньше (38,5% и 55,5%).

Конфликтность в собственных семьях до лечения (68,4% и 26,7%), и в ходе лечебно-реабилитационной программы была достоверно выше в семьях больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (38,5% и 20,0%). Однако, как видно, падение показателя конфликтности было в 1,8 раза, а в семьях группы сравнения этот показатель изменился не значительно (рисунок 51).

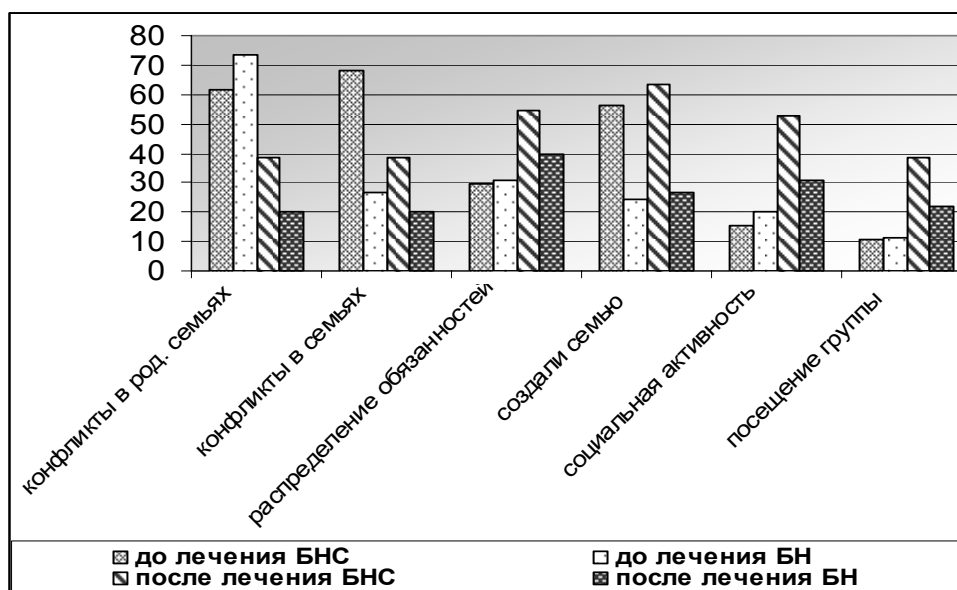


Рисунок 51. Динамика показателей социально-психологической реадaptации у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН) до и после лечения

Примечание. Конфликты в род. семьях - конфликты в родительских семьях

Пациенты основной группы во взаимоотношениях с родственниками старались находить компромиссные решения, больные второй группы чаще выдвигали собственные требования без учета мнения родителей, жены, так как последние «делают как им удобно». Равноправное распределение домашних и других обязанностей до программы в первой группе больных встречалось в 29,8% собственных семей, тогда как анализ эффективности программы показал весьма значительные улучшения по данному параметру (54,3%). В семьях группы сравнения получены следующие результаты – 31,1% и 40,0%, соответственно.

Собственные семьи фиксировались у 63,2% больных с суицидальным поведением и у 26,7% пациентов без суицидального поведения. До апробации комплексной лечебно-реабилитационной программы это соотношение было следующим – 56,1% и 24,4%.

Социальная активность (позитивное отношение к работе, посещение спортивных и культурных заведений, общение с лицами, не имеющих проблемы с наркотиками) в результате лечения достоверно была выше у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (52,6% и 31,1%). Однако до лечения социальная активность была весьма низкой – 15,7% и 20,0%, соответственно.

Помимо регулярных посещений занятий, пациенты первой группы неукоснительно выполняли домашние задания по программе (38,5% и 22,2%). БНС чаще рассказывали о своих впечатлениях по домашнему заданию, уточняли и проясняли какие-либо вопросы, демонстрировали успехи в группе, периодически просили повторить и закрепить задание. Для закрепления полученных результатов и придания уверенности окружающим, поочередно, каждой из участников предлагалось выступить в роли руководителя группы. До терапии и реабилитации посещаемость больных была 10,5% и 11,1%.

Подавляющее большинство родительских семей лудоманов обеих групп отличала повышенная конфликтность (66,7% и 42,3%). Существенное улучшение психологического климата семьи удалось добиться в процессе терапии и реабилитации. Так, конфликтные отношения отмечали 16,7% больных основной группы и 30,8% больных группы сравнения (рис. 52).

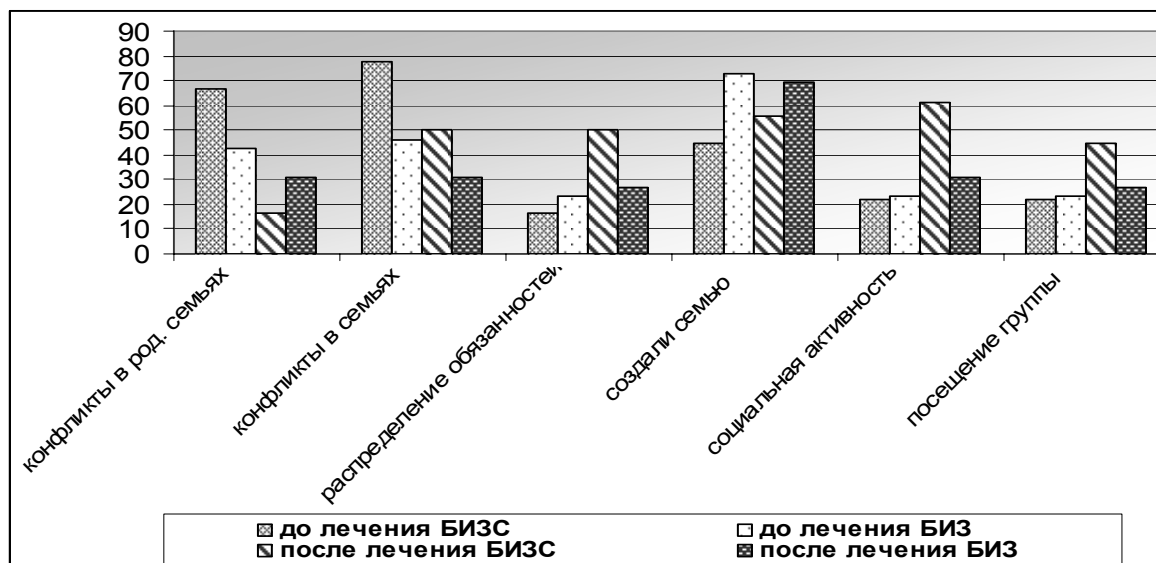


Рисунок 52. Динамика показателей социально-психологической реадaptации у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (БИЗ) до и после лечения

Примечание. Конфликты в род. семьях - конфликты в родительских семьях

Высокий уровень конфликтности до реализации комплексной программы констатировался в собственных семьях азартных игроков с суицидальным поведением (77,8%) и в семьях больных с зависимостью от азартных игр без суицидального поведения (46,2%). С помощью программы конфликтность в семьях больных основной группы существенно снизилась, хотя, к сожалению, в половине случаев еще сохранялась (50,0%). В тоже время

в семьях больных группы сравнения выраженной положительной динамики не выявлено (30,8%).

Согласно проведенному опросу женатых мужчин было в первой группе 44,4%, во второй группе – 73,1%. В течение наблюдаемого периода удельный вес женатых пациентов основной группы вырос до 55,5%, а в группе сравнения женатых стало меньше (69,2%) за счет развода одного из обследуемых (3,8%).

Социальная активность до лечения фиксировалась в обеих группах в равных соотношениях (22,2% и 23,1%). Однако эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий подтверждается достоверным превышением социальной активности в группе БИЗС (61,1% и 30,8%). Больные первой группы сообщали, что охотно вовлекались в решение «приятных» социальных проблем: «За делами некогда думать об игре», «Это как страшный сон».

Первоначально (до прохождения программы) занятия по групповой психотерапии посещали 22,2% пациентов с суицидальными тенденциями и 23,1% больных без суицидального поведения. При этом многие из них были вынуждены ходить под давлением родственников. Высокий уровень мотивации на полное восстановление обнаруживался у больных основной группы, так как регулярно посещали занятия 44,4%. Практически без изменений оставалась посещаемость группы больными без суицидального поведения (26,9%).

Что касается матерей, то конфликтные отношения в родительских семьях достоверно чаще были у матерей с суицидальными проявлениями до лечения (71,4% и 22,4%). В тоже время в семьях матерей первой группы конфликтность была снижена на 28,6%, в семьях группы сравнения – на 12,1% (рисунок 53).

Повышенная конфликтность была выше в семьях МС как до лечения (42,9% и 17,6%), так и после него (25,0% и 13,5%). Разница по снижению семейной конфликтности в 1-ой группе составила 17,9%, во 2-ой – 4,1%.

Иллюстративны данные по распределению семейных и других обязанностей в сравниваемых группах. Лишь в незначительных случаях матери позволяли своим больным детям проявлять самостоятельность в решении некоторых вопросов (10,7% и 10,8%). Сенситивной к терапии оказалась группа МС, так как стремление к равноправному распределению обязанностей выявлено у 53,6%. Матери второй группы считали, что применение данной стратегии поведения преждевременной и опасной. Поэтому из них лишь 12,1% придерживались рекомендаций врача, касающегося распределения обязанностей.

На период, предшествующий терапии и реабилитации, замужем было 50,0% МС и 82,4% МАБ. За период катamnестического наблюдения

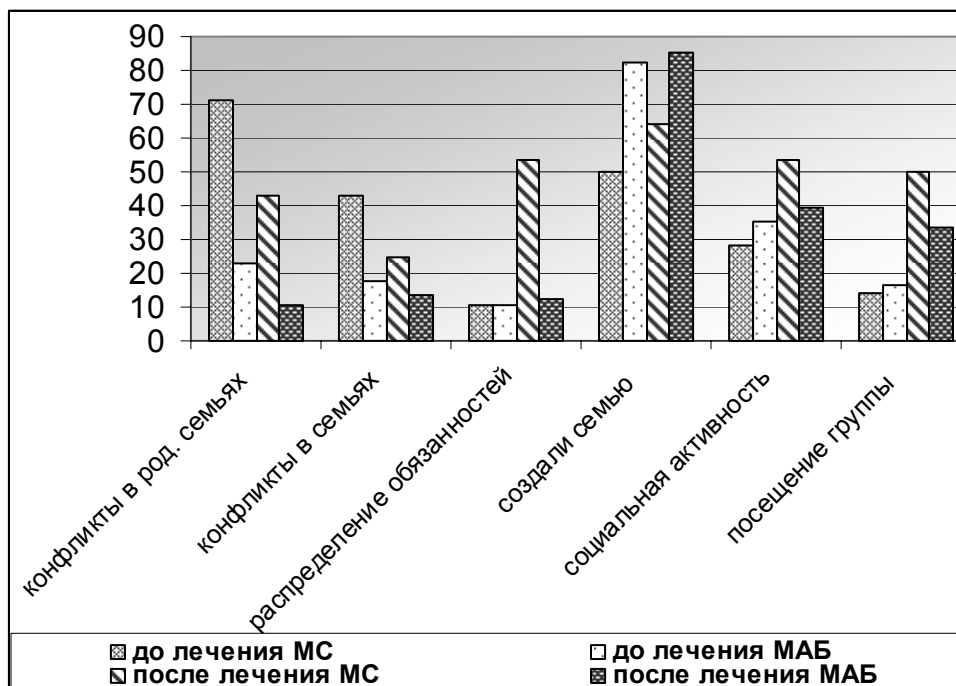


Рисунок 53. Динамика показателей социально-психологической реадaptации у матерей больных с суицидальным поведением (МС) и у матерей больных без суицидального поведения (МАБ) до и после лечения. Примечание. Конфликты в род. семьях - конфликты в родительских семьях

удельный вес замужних основной группы составил 64,3%, а в группе сравнения - 85,1%.

Матери, вовлекаясь в болезненный круг проблем больного ребенка, переставали следить за своим здоровьем, внешним видом. Были утрачены социальные связи. Незначительная часть из них (28,5% и 35,1%) пытались сохранить социальные контакты. В ходе терапии адекватное и продуктивное социальное функционирование констатировалось у 53,6% и у 39,2%.

Следует отметить, что матери достаточно редко удерживаются в длительных программах. Вероятно, это обусловлено жертвенностью поведения, низким осознанием своего болезненного состояния, стремлением скрыть свою «больную тайну». Поэтому регулярно сеансы групповой психотерапии до настоящей программы посещали 14,3% и 16,2%. Целесообразность и обоснованность применяемых подходов демонстрируется высоким уровнем посещений занятий женщинами с суицидальным поведением (50,0%), тогда как на сеансы групповой психотерапии ходили 33,8% матерей без суицидального поведения.

Конфликтные отношения в родительских семьях жен больных встречались у 68,9% и у 36,9%. Терапевтические мероприятия позволили снизить напряженность в родительских семьях (34,5% и 27,4%, соответственно) (рисунок 54).

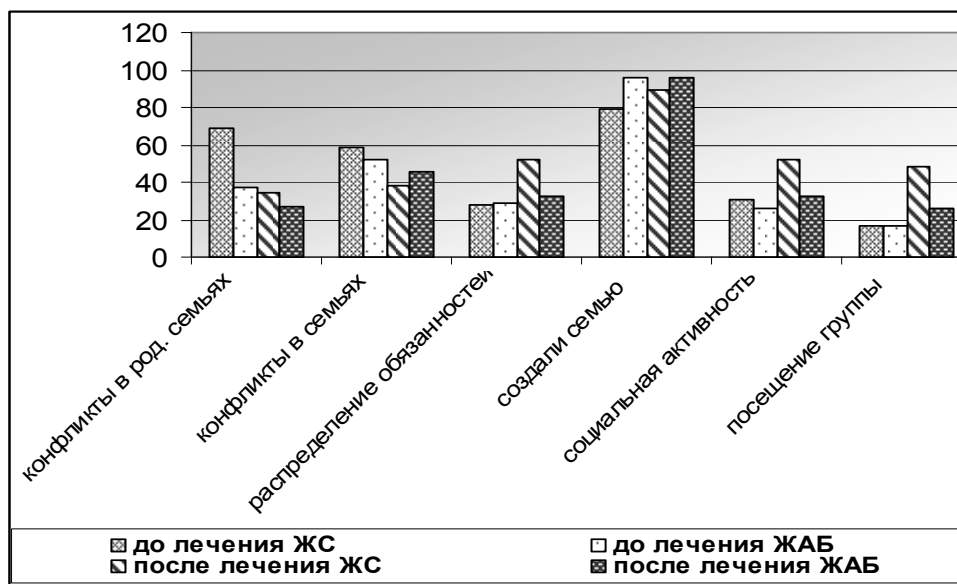


Рисунок 54. Динамика показателей социально-психологической реадaptации у жен с суицидальным поведением (ЖС) и у жен без суицидального поведения (ЖАБ) до и после лечения
Примечание. Конфликты в род. семьях - конфликты в родительских семьях

В подавляющем большинстве конфликтные отношения выявлялись в обеих группах жен аддиктов (58,6% и 52,0%). В процессе терапии конфликтность сохранялась у 37,9% жен 1-ой группы и у 45,9% жен 2-ой группы.

Если до лечения распределение обязанностей между женой и ее мужем наблюдалось у 27,5% жен группы ЖС и у 28,7% жен группы ЖАБ, то после терапии совместно с мужем дела решали 51,7% и 32,9%. То есть своим мужьям доверяли больше половины жен с суицидальным поведением. Например, выбор наркологической клиники, врача, супруги обсуждали совместно. В то время как в группе сравнения инициатива по этим вопросам в подавляющем большинстве случаев осталась за созависимыми женами. При этом жены первой группы сожалели, что не применяли эти подходы в семейной жизни ранее.

На момент обследования удельный вес замужних женщин оставался достаточно высоким в обеих группах (79,3% и 95,8%). За наблюдаемый период замуж вышли женщины только основной группы (89,6%).

Социальная активность была выше среди жен с суицидальным поведением, так как до лечения, она (активность) фиксировалась у 31,0% обследуемых, к концу лечения – у 51,7%. Жены стали чаще совершать покупки, следить за внешним видом, часть из них начали заниматься в спортивных клубах (фитнес, плавание). Улучшение качества жизни проявлялось заботой о детях, родителях. Жены основной группы пытались взаимодействовать с другими общественными организациями. Респондентки сообщали о нормализации отношений с руководством и с коллегами по работе. У жен группы сравнения значения были следующие: 26,0% и 32,9%, соответственно.

Отличия получены по посещаемости сеансов групповой психотерапии:

до лечения – 17,2% и 16,4%; после лечения – 48,2% и 26,0%. Жены-суициденты считали, что групповая терапия укрепила их, открыла иные способы решения сложных ситуаций. Они неукоснительно выполняли домашние задания, проявляли активность и заинтересованность в позитивных изменениях в семье.

Статистическая обработка данных отражена в таблице 122.

Таблица 122

Результаты эффективности программы. Социально-психологическая реадaptация

показатели	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Больные алкоголизмом</i>		
конфликты с родителями	6,285	0,01
конфликты в собственных семьях	5,702	0,01
распределение обязанностей	3,76	0,05
создание семьи	0,08	0,78
социальная активность	7,811	0,02
посещение группы	3,76	0,05
<i>Больные опиатной наркоманией</i>		
конфликты с родителями	2,91	0,08
конфликты в собственных семьях	4,11	0,04
распределение обязанностей	2,78	0,09
создание семьи	11,84	0,001
социальная активность	8,28	0,004
посещение группы	4,11	0,04
<i>Больные зависимостью от азартных игр</i>		
конфликты с родителями	0,27	0,60
конфликты в собственных семьях	1,66	0,19
распределение обязанностей	2,45	0,11
создание семьи	0,029	0,77
социальная активность	3,99	0,04
посещение группы	0,004	0,94
<i>Матери больных с аддитивными расстройствами</i>		
конфликты с родителями	19,06	0,001
конфликты в собственных семьях	8,106	0,004
распределение обязанностей	28,24	0,001
создание семьи	0,862	0,34
социальная активность	17,62	0,001
посещение группы	9,85	0,002
<i>Жены больных с аддитивными расстройствами</i>		
конфликты с родителями	0,502	0,47
конфликты в собственных семьях	0,448	0,50
распределение обязанностей	3,62	0,05
создание семьи	1,457	0,22
социальная активность	3,62	0,05
посещение группы	4,694	0,03

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Весьма показательны значения по дезактуализации суицидального поведения. Это подтверждалось не только вербальным отрицанием наличия некоторых форм суицидального поведения, но и продолжительными клиническими наблюдениями и в ряде случаев объективными данными. Больные и родственники сожалели впоследствии о совершенных суицидальных попыт-

ках. Суицидальные мысли не возникали. Респонденты выражали оптимизм, строили реальные планы. Обследуемые критически и объективно оценивали ситуации, связанные с суицидальными намерениями, полагая, что в генезе суицидальных форм поведения важную роль играет состояние отчаяния.

Обращает на себя внимание факт отсутствия повторных суицидальных попыток. В дополнении к приведенным данным, следует добавить, что у больных и родственников выявлялось личностно проработанное критическое отношение к своему состоянию, к совершавшим суицидальным попыткам.

Сохранение собственной жизни и забота о здоровье, по мнению респондентов, являются основополагающими. Удалось сформировать четкую позицию относительно обращаемости к специалистам в кризисных случаях.

В результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий снижение суицидальной активности наблюдалось у 150 человек (87,2%) из 172 обследованных с суицидальным поведением: у больных алкоголизмом - 36 человек (20,9%) от общего количества респондентов, у которых выявлялись те или иные формы суицидального поведения; у больных опиатной наркоманией – 49 человек (28,5%); у больных игровой зависимостью – 16 человек (9,3%); у матерей – 22 человека (12,8%) и у жен – 27 человек или 15,6%. Следует отметить, что суицидальная готовность проявлялась у аддиктов и родственников в течение первых 6-8 месяцев. На протяжении длительного периода за ними констатировался достаточно стабильный фон настроения. Дальнейшие катамнестические наблюдения свидетельствуют об отсутствии каких-либо суицидальных тенденций. Поэтому здесь приводятся данные за указанный выше период.

Динамика суицидальной активности у БАС представлена на рис. 55.

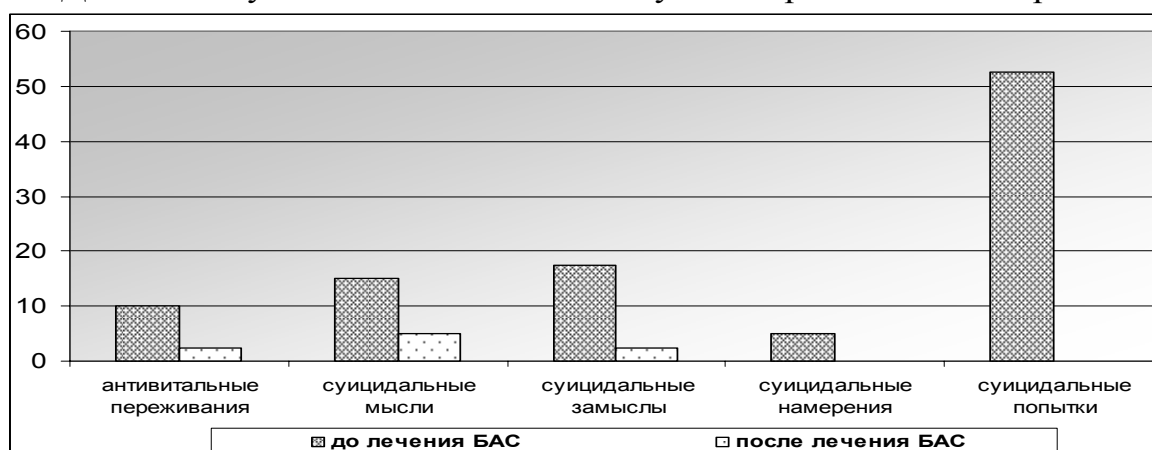


Рисунок 55. Динамика суицидальной активности у больных алкоголизмом с суицидным поведением (БАС) до и после лечения

С помощью комплексной программы купированы многие проявления суицидального поведения. До лечения антивитальные переживания были у 10,0%, после лечения – у 2,5%, по остальным показателям распределение было следующим: суицидальные мысли – 15,0% и 5,0%, суицидные замыслы

– 17,5% и 2,5%, суицидальные намерения – 5,0% и 0,0%, суицидные попытки – 52,5% и 0,0%, соответственно.

Дезактуализация суицидального поведения отмечалась у больных опиатной наркоманией (рисунок 56).

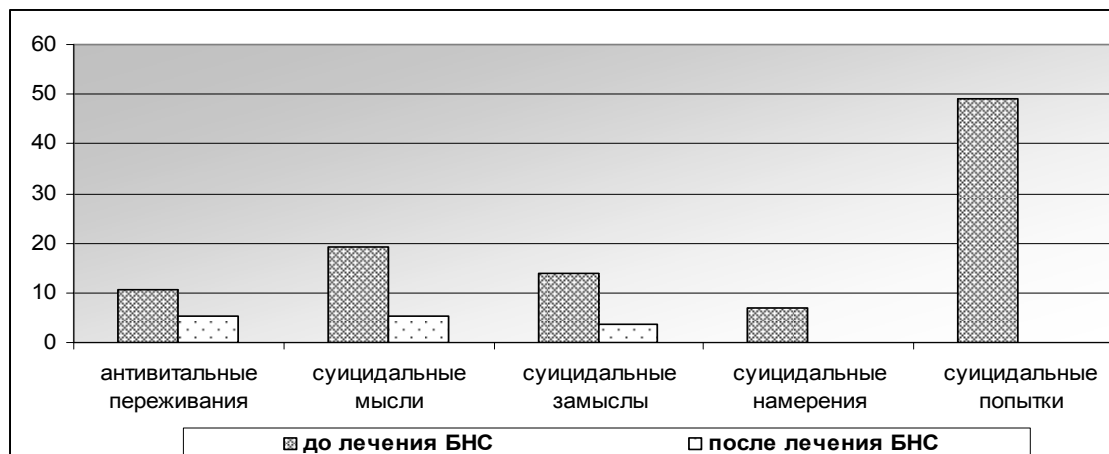


Рисунок 56. Динамика суицидальной активности у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) до и после лечения

Антивитальные переживания регистрировались до терапии в 10,5% случаев, тогда как к концу амбулаторного курса лечения они отмечались у 5,3%. Существенно снижался удельный вес суицидальных мыслей с 19,2% до 5,3%, а суицидальные замыслы – с 14,0% до 3,5%. Полностью купированы суицидальные намерения – 7,0% и 0,0% и суицидальные попытки 49,1% и 0,0%, соответственно.

Снижение суицидальной активности фиксировалось у БИЗС (рис. 57).

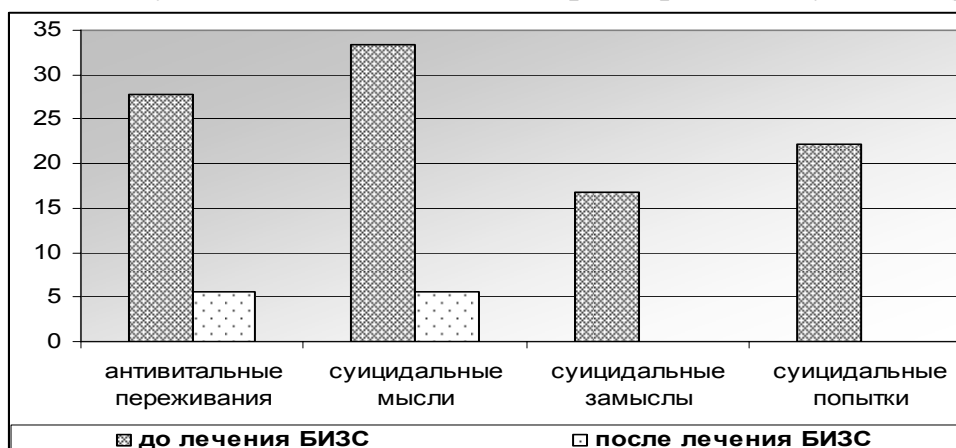


Рисунок 57. Динамика суицидальной активности у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением (БИЗС) до и после лечения

Антивитальные переживания и суицидальные мысли до лечения и реабилитации обнаружены у 27,8% и 33,3%. В то время как после лечения – по 5,6%. Суицидальные замыслы и суицидальные попытки также были до лечения – 16,7% и 22,2%, в процессе терапии они полностью дезактуализировались.

В группе матерей до лечения одинаковое количество было антивита-
 льных переживаний и суицидных мыслей – по 17,8%, после лечения
 удельный вес антивита льных переживаний составил 7,1%, суицидных мыс-
 лей – 3,6% (рисунок 58).

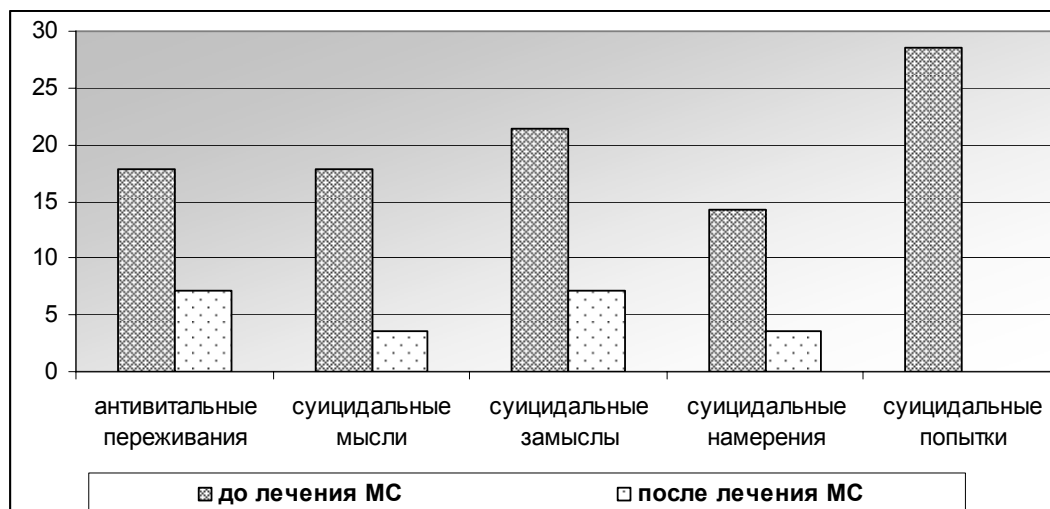


Рисунок 58. Динамика суицидальной активности у матерей зависимых больных с суицидальным поведением (МС) до и после лечения

Вместе с тем удельный вес суицидальных замыслов и суицидальных намерений до лечения был различный – 21,4% и 14,2%, а процент этих форм суицидального поведения после лечения – 7,1% и 3,6%. Суицидальные попытки совершались матерями только до реализации настоящей программы (28,5%).

Что касается группы жен, то по многим показателям установлены идентичные статистические значения. Однако они все отражают выраженное снижение суицидальной активности или высокую эффективность комплексной лечебно-реабилитационной программы (рисунок 59).

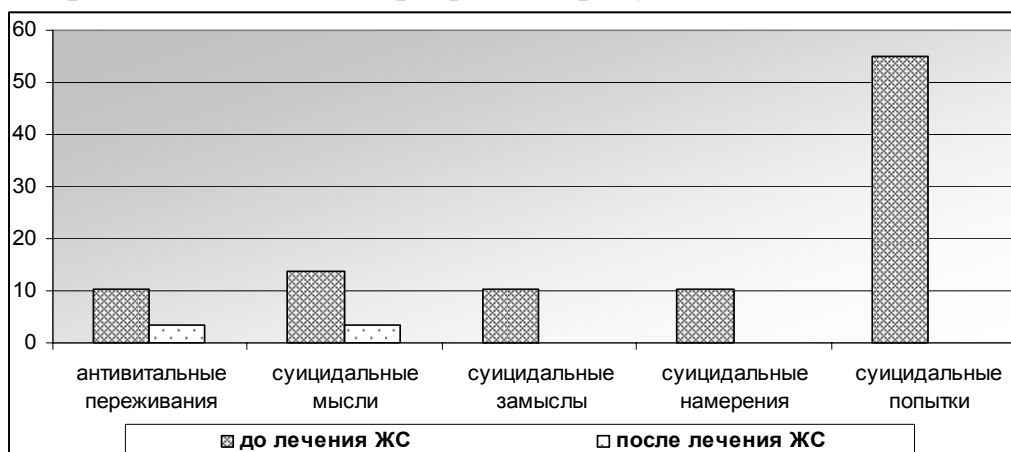


Рисунок 59. Динамика суицидальной активности у жен зависимых больных с суицидальным поведением (ЖС) до и после лечения

До лечения по 10,3% были антивита льные переживания, суицидальные замыслы и суицидальные намерения, после лечения соотношения выглядели

следующим образом: 3,4%:0,0%:0,0%. Суицидальные мысли встречались у 13,7%, но в ходе терапевтических воздействий – у 3,4%. Суицидальные попытки также как и в группе матерей совершались женами лишь до реализации программы.

Продолжительность ремиссии является качественным и количественным показателем оценки достигаемых результатов терапии. В нашем случае под ремиссией подразумевается полный отказ от употребления психоактивных веществ и от участия в азартных играх с постепенным восстановлением психического и соматического статусов, а также полное социальное функционирование индивида в семье и обществе.

Следует оговориться, что согласно данным некоторых отечественных авторов, продолжительность терапевтических ремиссий у больных в зависимости от применения тех или иных терапевтических технологий, колеблется в широком диапазоне: до 12 месяцев – от 20,4% до 44%; до двух лет – от 12,5% до 31% и от трех до пяти лет – от 20% до 26,3% [30, 35, 63, 100, 140]. Имеются работы, где приводятся более высокие значения по продолжительности ремиссии: 53,5% - 56,8% [75, 100]. Безусловно, приводимые результаты превышают общероссийские. Однако внедрение и апробация в наркологию иных методов терапии и реабилитации повышает эффективность лечения в целом, что, естественно, отражается на продолжительности ремиссии.

Анализ показал, что продолжительность ремиссии после прохождения программы до одного года у больных алкоголизмом с суицидальным поведением достоверно была больше (45,0%), чем у больных алкоголизмом без суицидального поведения (25,4%) (рисунок 60).

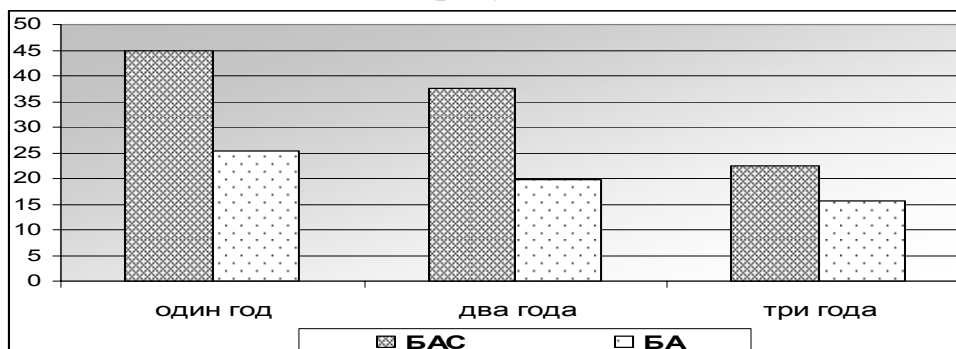


Рисунок 60. Продолжительность ремиссии при трехлетнем катамнестическом наблюдении у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Ремиссия до двух лет также значимо превышала в группе БАС (37,5%), тогда как в группе БА она была у 19,7%. Трехлетняя ремиссия, хотя в сравниваемых группах достоверно не различалась, тем не менее, у больных алкоголизмом с суицидальным поведением она фиксировалась в 22,5%, у больных алкоголизмом без суицидальных тенденций – в 15,5% случаев. Причинами срывов у всех больных были какие-либо внезапно возникшие или фру-

стрирующие ситуации. Наши данные совпадают с точкой зрения Т.Н. Дудко [65], который считает, что фрустрации, события, традиции накладываются на определенные личностные установки, мировоззренческие взгляды и моральные принципы. «Энергетической силе», оживающих мотивов и мотивационным образованиям приходится уступать. Противопоставляется, по мнению автора, не так уж много: надежда больных на свою волю, ответственность или «знание» проблемы, приобретенные на собственном опыте во время болезни, в периоды лечения, «инфантильная» установка и пр. Зачастую только после «пробного» употребления ПАВ или возобновления игры оживает клинически хорошо известное вторичное влечение, которое и является мотивом, действующим и мотивирующим созданную в процессе болезни систему негативных мотивов, приводящую к срыву и рецидиву, а в дальнейшем к актуализации суицидального поведения.

Годовая ремиссия у больных наркоманией с суицидальным поведением констатировалась у 38,6%, что достоверно больше, чем у больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (22,2%) (рисунок 61).

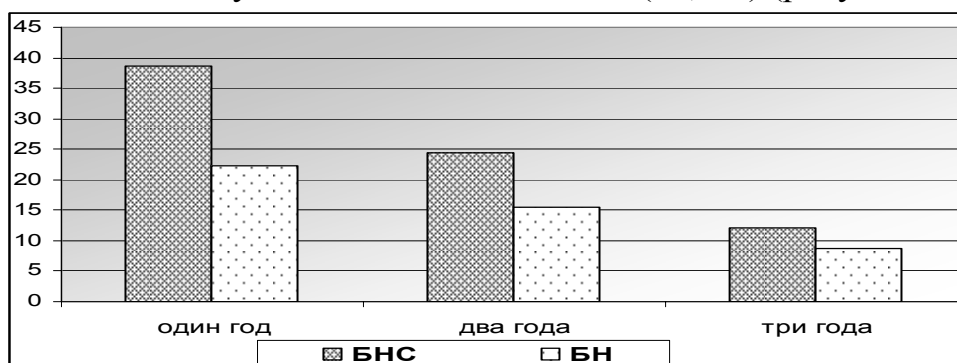


Рисунок 61. Продолжительность ремиссии при трехлетнем катамнестическом наблюдении у больных наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и без суицидального поведения (БН)

По двух и трехлетней ремиссии отличий не обнаружено. Однако и в том, и в другом случае эти показатели были выше у пациентов 1-ой группы по сравнению с больными 2-ой группы: 24,5% и 15,5%; 12,2% и 8,8%.

У больных лудоманией с суицидальным поведением ремиссия до 1 года констатировалась в подавляющем большинстве случаев (55,6%). Во 2-ой группе больных этот показатель был достоверно меньше (26,9%) (рис. 62).

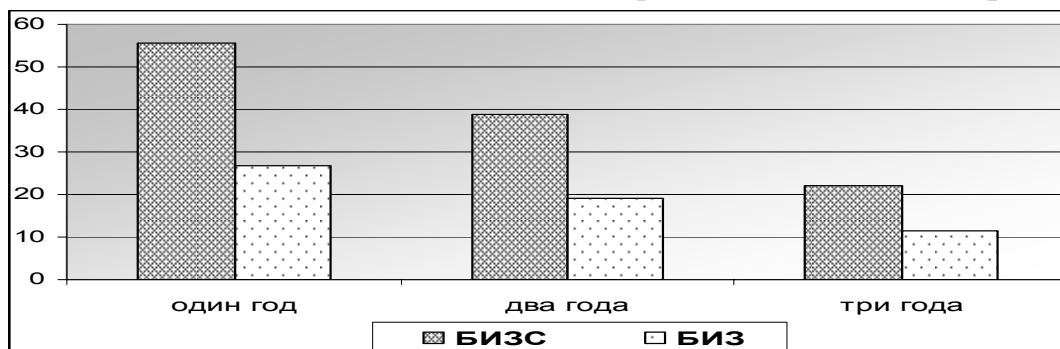


Рисунок 62. Продолжительность ремиссии при трехлетнем катамнестическом наблюдении у больных лудоманией с суицидальным поведением (БИЗС) и без суицидального поведения (БИЗ)

Ремиссия до двух лет выявлена у 38,9% больных с зависимостью от азартных игр первой группы и у 19,2% больных второй группы. До трех лет ремиссия после прохождения программы у больных основной группы встречалась в 22,2% случаев, а у больных группы сравнения в 11,5%. Различия были не достоверны. Но показатели были выше у больных с суицидальным поведением.

Статистическая обработка данных с помощью метода многофункционального критерия χ^2 -Пирсона представлена в таблице 123.

Таблица 123

Результаты эффективности программы. Продолжительность ремиссии

продолжительность ремиссии	значение критерия χ^2 -Пирсона	уровень значимости
<i>Больные алкоголизмом</i>		
до одного года	4,507	0,03
до двух лет	4,191	0,04
до трех лет	0,851	0,35
<i>Больные опиатной наркоманией</i>		
до одного года	4,11	0,04
до двух лет	1,29	0,24
до трех лет	0,301	0,58
<i>Больные с зависимостью от азартных игр</i>		
до одного года	3,68	0,05
до двух лет	3,21	0,07
до трех лет	0,91	0,34

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Таким образом, лечебно-реабилитационная программа состоит из психопрофилактического, психофармакотерапевтического и психотерапевтического блоков, включающие в себя определенные цели и задачи. Настоящая программа базируется на традиционных подходах. Вместе с тем, в нее включены иные составляющие, направленные на дезактуализацию суицидального поведения. Выявлена высокая мотивация участия в программе зависимых больных и родственников с суицидальным поведением.

Приведенные данные иллюстрируют высокую эффективность программы терапии и реабилитации зависимых больных и родственников с суицидальным поведением. Об этом свидетельствует критерии, отражающие восстановление психического и соматовегетативного статусов, высокую семейную и социальную реадaptацию. У больных и родственников с суицидным поведением по многим показателям установлены статистические различия, что подтверждает обоснованность и эффективность проводимых мероприятий. В результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий снижение до полной редукции суицидальной активности наблюдалось к 6-8 месяцам терапии и реабилитации у 87,2% обследуемых. Кроме того, одно, двух и трехлетние периоды ремиссии преобладали в группах больных с суицидальным поведением.

Думается, что высокая эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий обусловлена несколькими обстоятельствами. Во-первых, дифференцированностью и специфичностью методов психофарма-котерапии и психотерапии. Эти методы были направлены не только на преодоление зависимости и созависимости как таковых, но и на нейтрализацию суицидальной активности. Во-вторых, более высокой мотивацией участия в программе респондентов с суицидальным поведением. В-третьих, продолжительностью проведения курсов психотерапии. В связи с возможностью актуализации суицидальных тенденций, количество сеансов у обследуемых основных групп было больше, чем у участников группы сравнения. В-четвертых, динамичностью наблюдения. По личному согласию больных и родственников основной группы, мы назначали им дополнительные, помимо установленной программой, психотерапевтические консультации.

Результаты, отражающие выраженность снижения суицидальной активности у обследуемого контингента лиц, позволяют рекомендовать настоящую программу в работу кризисных центров, учреждений психиатрического и наркологического профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ обращаемости за психиатрической и наркологической помощью не оставляет сомнений в том, что за последние несколько лет заметно возросло число лиц, страдающих аддиктивными расстройствами. Динамика показателя заболеваемости хроническим алкоголизмом свидетельствует о его новом росте – до 140,1 на 100 тыс. населения и 47,5 на 100 тыс. населения в среднем по России [110]. Согласно данным ВОЗ, в мире насчитывается 140 миллионов лиц, страдающих алкогольной зависимостью, тогда как в России их около 2,5 млн. [201]. К сожалению, РФ, по сравнению с другими странами Европы, находится в самой неблагоприятной ситуации по употреблению алкоголя в опасных количествах. Так среднестатистический житель в странах Европейской части планеты употребляет от 0,48 л до 18 л алкоголя на одного человека в год в Люксембурге (преимущественно в виде натуральных вин). В России среднестатистическое потребление абсолютного алкоголя около 15 литров на душу населения. Чаще в больших объемах алкоголь принимают российские мужчины в возрастной группе 18-54 лет, а женщины – в возрасте 18-35 лет. Другими словами, алкоголь преимущественно употребляют люди трудоспособного и репродуктивного возраста.

Проведенный В.В. Киржановой [91] углубленный комплексный анализ динамики учтенной распространенности злоупотребления наркотиками (включающий общую заболеваемость наркоманией и распространенность употребления наркотиков с вредными последствиями) в России показал, что за последние 14 лет (с 1993 по 2007 гг.) суммарный показатель увеличился почти в восемь раз. При этом в структуре зарегистрированных больных наркоманией преобладали больные опийной наркоманией: их удельный вес составлял около 90% среди всех больных, а в зависимости от возрастной группы варьировал от 53% (среди детей 0-14 лет) до 89% (среди лиц в возрасте 20-39 лет).

Что касается зависимости от азартных игр, то по международным данным патологическим игроком становится каждый двухсотый человек [30]. Патологическая зависимость к игре отмечается во всех возрастных группах населения, все более превращаясь в своеобразную гемблинг-эпидемию. Распространенность данной патологии в популяции варьирует от 1,4 до 5,1% [55, 83, 112, 163].

Аддиктивные расстройства, как правило, не проходят изолированно. Весь комплекс аддиктивных проблем пациенты привносят в свои семьи, члены которых обнаруживают различного спектра нарушения, обозначаемые термином созависимость. В.Д. Москаленко [125] предположила, что значительная часть взрослых детей больных зависимостями (возможно, 100%) страдают созависимостью. Интересно то, что больные зависимостью одновременно страдают и созависимостью, которая проявляется в период до бо-

лезни и в ремиссии. Вопрос считать ли созависимость болезнью, остается до сих пор дискуссионным. Однако нам импонирует точка зрения, в которой феноменология состояния созависимости рассматривается сквозь призму патологического развития личности.

Вместе с тем, актуальность настоящего исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с аддиктивными расстройствами и созависимостью медицинских и социальных проблем. Рост числа потребителей психоактивных веществ, азартных игроков повлек за собой и увеличение среди этого контингента лиц, совершивших попытки самоубийства.

В РФ доля официально поставленных на наркологический учет больных алкоголизмом среди общей популяции суицидентов варьирует в пределах 5,8 – 15%. Реальная же их доля может составлять 30 – 60% [154]. Прекращение алкоголизации (в том числе терапевтически обусловленное) снижает риск повторной суицидальной попытки на 40 – 86,6% [170].

Международная статистика свидетельствует, что среди причин преждевременной смертности наркомания занимает одно из первых мест. Показатели смертности больных опийной наркоманией имеют большое сходство во многих странах и составляют от 2,9 до 15,3 на 100 тыс. населения [184]. Частой причиной смерти при опиомании является суицид. Смертность от наркотиков в РФ составляет около 70 тыс. в год. Причем наибольший удельный вес занимают лица в возрасте от 21 до 30 лет (мужчины) и от 15 до 25 лет (женщины) [185].

К сожалению, большинство специалистов не рассматривают азартные игры как серьезную проблему, хотя патологические игроки имеют более высокую частоту суицидов, чем больные алкоголизмом и наркоманиями [116]. До 20% патологических игроков совершают суицидальные попытки [246]. Причем основными причинами суицидальных деяний являются непомерно растущие долги (около 23%) и социально-психологическая дезадаптация (35% игроков разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке, до 60% зависимых от азартных игр совершают различные преступления) [202].

Жизнь родственника (матери, жены) претерпевает значительные изменения в различных сферах жизнедеятельности, вызванные появлением в семье аддиктивного больного. А хроническая психотравмирующая ситуация является мощным провоцирующим фактором возникновения и развития пограничных психических расстройств и актуализации суицидального поведения у них. Суицидальная активность у близкого окружения, в частности у жен аддиктов колеблется в пределах 12,9-20,6% [24, 120, 183]. Однако не уделяется должного внимания, если не сказать больше, упускается важнейшая проблема созависимости – суицидальное поведение.

Проведенный нами анализ литературных источников свидетельствует об отсутствии ясного представления о процессах суицидогенеза вообще, и при аддиктивных расстройствах, созависимости, в частности. Диагностика и подходы к терапии суицидального поведения в клинике болезней патологической зависимости мало разработаны и изучены недостаточно, особенно в клинико-психопатологическом аспекте. Опубликованные работы не отражают всей полноты картины (преобладают исследования по одной какой-либо нозологии), многие аспекты трактуются противоречиво, отсутствуют эффективные терапевтические и реабилитационные программы для этого контингента лиц.

Проблема зависимостей, являющаяся стержневой в новом направлении наркологии – аддиктологии, все еще остается недостаточно изученной в силу узости традиционных подходов, определенного консерватизма мышления исследователей [182]. Целостный образ личности суицидента может быть получен исключительно в многоуровневом исследовании, использующем разные (психопатологические, катamnестические, феноменологические) методы, каждый из которых обращен к определенному уровню личности.

К сожалению, не все специалисты расценивают проблему аддиктивного поведения и созависимости как потенциально смертельную, что во многом объясняет оказание помощи этому контингенту либо по факту болезни, либо по факту суицида. Следовательно, важной научно-практической задачей является поиск оптимальных диагностических и терапевтических подходов, направленных на суицидальную превенцию.

Все вышеперечисленное подчеркивает актуальность поставленной проблемы – изучения феноменологии суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и родственников с созависимым поведением.

Настоящее исследование посвящено определению предикторов суицидального поведения, изучению и описанию психопатологических и клинико-динамических особенностей аддиктивных расстройств и психических нарушений у родственников в сочетании с суицидальным поведением, частоты, структуры и клинических форм суицидального поведения, разработке комплекса мероприятий по дифференцированной тактике превенции суицидального поведения, терапии и реабилитации зависимых больных и родственников с суицидальным поведением, и, наконец, оценке эффективности предлагаемой комплексной лечебно - реабилитационной программы.

Для решения поставленных задач был изучен контингент из 461 обследуемых, а именно: больные алкоголизмом – 111 человек, больные опиатной наркоманией – 102 человека, больные с зависимостью от азартных игр – 44 человека, матери и жены аддиктивных больных – 204 человека. В свою очередь каждая группа была поделена на 2 группы: основная – больные и родственники с суицидальным поведением – 172 человека, и сравнения – боль-

ные и родственники без суицидального поведения – 289 человек. Изучен достаточный объем больных и созависимых лиц. Представленные группы были сопоставимыми по основным социальным характеристикам и клиническим показателям.

В работе использовались психопатологический, клинико - психологический, клинико-катамнестический и статистический методы исследования.

Основные результаты проведенного исследования сводятся к следующему.

У больных с аддиктивными расстройствами и родственников были определены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения. По клиническим предикторам у исследованных лиц выявлена высокая плотность отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями, отягощенный акушерский анамнез, ЧМТ, пики суицидальной активности фиксировались в возрастном диапазоне 22-23 лет, 24-25 лет, 26-27 лет и 48-49 лет, то есть все лица были трудоспособного возраста.

Анализ личностных особенностей суицидального поведения показал помимо акцентуированных черт по сенситивному, истероидному и циклоидному типам, наличие у больных и их родственников расстройств личности (эмоционально неустойчивое, истерическое шизоидное, смешанное), невротических расстройств, девиантности, делинквентности и антисоциального поведения.

Большинство семей, в которых воспитывались больные с аддиктивными расстройствами и родственники, являлись дисфункциональными. Так как они воспитывались в семьях с искаженной семейной структуры (воспитание матерью или мачехой, в учреждениях интернатного типа). К этим обследуемым применялись патогенные стили воспитания (гиперпротекция, жестокий стиль воспитания, эмоциональное отвержение, воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности, неустойчивый стиль, воспитание по типу «кумир семьи»). Психологический климат в семье отличался повышенной конфликтностью по всем семейным диадам: родитель-родитель, больной или родственник – родитель и муж-жена. Дополнительными факторами суицидального поведения были: отсутствие собственной семьи, разводы, повторные браки и низкий материальный уровень.

Высокопрогностическим признаком суицидальности являлось наличие суицидальных тенденций у родителей и других родственников обследуемых.

У зависимых больных с суицидальным поведением отмечен более ранний возраст приобщения к ПАВ, к азартным играм. Субъективные мотивы приобщения к психоактивным веществам, к азартным играм отличались по группам. У больных алкоголизмом преобладали следующие мотивы - «общение с наркологическими больными», «неудовлетворенность жизнью»; у больных опиатной наркоманией - психогении и неудовлетворенность жиз-

нию; у больных лудоманией - «бегство от проблем» и желание нормализовать свой психический статус, повысить настроение. Больных опиатной наркоманией и с зависимостью от азартных игр отличает донозологическое употребление канабиноидов.

Заслуживают внимания и другие установленные клинические особенности аддиктивных расстройств, сочетающиеся с суицидальным поведением. В частности, длительность периода злоупотребления ПАВ, длительность эпизодического участия в азартных играх до формирования абстинентного синдрома во всех группах была менее 12 месяцев. В группах больных алкоголизмом и опиатной наркоманией констатировался быстропрогредиентный темп течения. В этих же группах абстинентный синдром характеризовался большей длительностью и тяжелой степенью выраженности, наблюдались частые в анамнезе алкогольные психозы – у больных алкоголизмом и превалирование вынужденных ремиссий – у больных опиатной наркоманией.

Наиболее выраженные психические расстройства во всех периодах аддиктивной патологии были представлены: у больных алкоголизмом астено-депрессивным синдромом, у больных опиатной наркоманией - дисфорическим и тревожно-ипохондрическим синдромами, у больных лудоманией - дисфорией, депрессивными расстройствами тревожного и астенического спектра.

В структуре личностных изменений у аддиктов превалируют эгоцентризм, циничность, вспыльчивость и агрессивность, безразличное отношение к своему здоровью, скандальность и безответственность.

Не вызывает сомнения, что стержневым расстройством синдрома зависимости является патологическое влечение к ПАВ, игре. Психопатологический анализ синдрома патологического влечения проводился на основании его сопоставления с известными симптомокомплексами общей психопатологии. Распределение симптомов по нарастанию их «веса». Следует отметить, что у аддиктов чаще отмечалось сочетание различных компонентов синдрома патологического влечения. Квантификация компонентов патологического влечения к ПАВ, игре проводилась в соответствии с оценочными глоссариями, разработанными отечественными авторами [7, 30, 35].

В настоящем исследовании у больных алкоголизмом с суицидальным поведением мы увидели высокую значимость в структуре патологического влечения к алкоголю именно аффективного компонента, далее – поведенческого, вегетативного и идеаторного. В структуре аффективного компонента преобладали депрессивные расстройства с элементами тревоги в виде напряженности, неусидчивости, беспокойности, назойливости, а также эмоциональной неустойчивости, сочетающейся с раздражительностью, ощущениями внутреннего дискомфорта и угнетенности. Вегетативный компонент был представлен выраженными нарушениями пищевого поведения, прояв-

ляющимися анорексией и булимией. В клинике идеаторного компонента ПВА наблюдались постоянные размышления о спиртном, отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности бессмысленности лечения и своего существования. Выраженные поведенческие расстройства в структуре патологического влечения к алкоголю являются ведущими прогностическими признаками.

У больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением патологическое влечение к наркотику представлено идеаторным компонентом, аффективными нарушениями и нарушениями сна, поведенческими и соматовегетативными расстройствами, установкой на лечение и критическим отношением к болезни. В структуре идеаторного компонента ПВН у больных опиатной наркоманией преобладали постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотике, неподдающиеся волевому усилию. Аффективные нарушения патологического влечения к наркотику были представлены тревожными расстройствами различной (от средней до тяжелой) степени выраженности и дисфорическими состояниями средней и тяжелой степени. Отмечена тяжелая степень поведенческих расстройств в виде враждебности, агрессивности, негативизма. Выраженные поведенческие расстройства в структуре патологического влечения к наркотику являются ведущими прогностическими признаками. Выявлено достоверное превалирование соматовегетативных нарушений в клинике ПВН. Особенностью сновидений является многократная повторяемость снов на наркотическую и суицидальную тематику.

В структуре синдрома патологического влечения к игре у больных с зависимостью от азартных игр с суицидальным поведением выделены идеаторный, аффективный поведенческий и вегетативный компоненты. Идеаторный компонент характеризовался преобладанием постоянными и интенсивными мыслями и фантазиями об игре. Аффективный компонент отличался превалированием эмоциональной неустойчивости средней и тяжелой степени, дисфорической симптоматикой в виде раздражительности, агрессивными тенденциями разнонаправленного вектора. Поведенческий компонент проявлялся психопатоподобными расстройствами. Вегетативный компонент ПВИ был представлен выраженными качественными (кошмарные сновидения, сновидения на игровую, суицидальную тематику) и количественными диссомническими расстройствами, а также нарушениями пищевого поведения, чаще в виде анорексии.

Определялись корреляционные взаимосвязи между патологическим влечением и актуализацией суицидального поведения аддиктивных больных. Корреляции определялись методом коэффициента корреляции « r ».

Корреляционный анализ показал, что между ПВА и актуализацией суицидального поведения существуют средние и слабые корреляционные взаимосвязи. Обнаружены наибольшие положительные (между суицидаль-

ным поведением и тяжелой степенью выраженности тревоги, эмоциональной лабильности, нарушениями поведения) и отрицательные (между суицидальным поведением и легкими расстройствами сна и поведения) связи.

У больных опиатной наркоманией между актуализацией суицидального поведения и патологическим влечением к наркотику выявлены слабые корреляционные взаимосвязи. Обнаружены положительные (между легкой степенью выраженности тревоги и суицидальным поведением) и отрицательные (между идеаторными, аффективными, поведенческими, диссомническими расстройствами и суицидальным поведением) связи.

Установлены положительные средние корреляционные взаимосвязи между идеаторным, аффективным, вегетативным компонентами патологического влечения к игре и суицидальной активностью больных.

Что касается матерей больных аддиктивными расстройствами, то клиническая картина психопатологических феноменов была представлена депрессивным, истерическим и эксплозивным синдромами. Психические расстройства достигали невротического регистра. У матерей с суицидальным поведением превалировали депрессивные и истерические расстройства. Развитие этих расстройств имеет тесную связь с психогениями. Среди психосоматических заболеваний превалировали гипертоническая болезнь и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Обнаружен широкий спектр соматовегетативных нарушений. В группе матерей с суицидальным поведением достоверно чаще доминировали кардиалгии, вазомоторные реакции, дисфункции желудочно-кишечного тракта и нарушения пищевого поведения.

У жен аддиктов клиническая картина психопатологических феноменов представлена депрессивным, истерическим и дисфорическим синдромами. При этом психические расстройства также как у матерей достигали невротического регистра. У жен с суицидальным поведением превалировали истерические расстройства. Среди психосоматических заболеваний превалировали ишемическая болезнь сердца и вегетососудистая дистония. Достоверно чаще доминировали нарушения пищевого поведения и нарушения сна.

Клиническая выраженность психических и соматовегетативных расстройств в структуре психических нарушений находится в реципрокных отношениях с клиническими особенностями аддиктивной патологии. Отмечается перенос невротических стилей поведения на иные сферы жизнедеятельности.

Изучены и описаны частота, виды, клинические проявления и мотивы суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и родственников. Следует отметить, что завершённые суициды нами не исследовались.

Суицидальное поведение у больных и родственников было представлено антивитальными переживаниями, суицидальными мыслями, суицидальными замыслами, суицидальными намерениями и суицидальными попытками.

Парасуицидальное поведение отмечено тремя типами: депрессивным, де-монстративно-шантажным и аффективно-возбудимым. Способами реализации суицидального намерения являлись самоотравления, самопорезы самоповешения и падение с высоты.

Отмечается наличие широкого диапазона психологических смыслов, вкладываемых в попытку самоубийства.

Основными мотивами суицидальных попыток являлись протест, призыв, месть, самонаказание и отказ от существования.

Полученные данные свидетельствуют о наличии различных вариантов аффективных расстройств у больных и их родственников, причем установленные нарушения аффективной сферы находятся в определенной взаимосвязи с их личностными особенностями.

Нами была разработана и апробирована комплексная лечебно-реабилитационная программа для зависимых больных и родственники с суицидальным поведением, позволяющая оптимизировать подходы к лечению психических расстройств, профилактике и психокоррекции суицидальной активности у исследуемых лиц. Разрабатываемая программа базировалась на принципах этапности и комплексности. Основная цель программы: полный отказ от употребления ПАВ, участия в азартных играх, нормализация психического и соматического статуса, социально-психологическая реадaptация, дезактуализация суицидального поведения.

Настоящая программа имеет свою формулу метода, показания, противопоказания и включает в себя методы кратко, средне и долгосрочной терапии. Кроме того, она состоит из трех блоков: психопрофилактического, психофармакотерапевтического и психотерапевтического. Каждый из указанных блоков имеет определенную цель.

Психопрофилактический блок состоит из ряда последовательных этапов: установление контакта с аддиктом и его родственниками, работа с больными и их родственниками по повышению информированности по вопросам зависимости, созависимости, суицидального поведения, анализ индивидуально-личностных особенностей обследуемого, выявление и диагностика суицидальных форм поведения.

Психофармакотерапевтический блок включает в себя медикаментозное лечение больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с учетом нарушения их психического состояния, интенсивности выраженности патологического влечения к ПАВ, игре, выраженности аффективных, поведенческих расстройств, суицидальной активности. К основным задачам пси-

хофармакотерапии относятся: 1) полная редукция соматовегетативной и психопатологической симптоматики синдрома отмены; 2) купирование или снижение интенсивности патологического влечения; 3) смягчение патологического избыточного аффективного реагирования на психотравмирующие ситуации; 4) стабилизация эмоционально-волевой сферы; 5) снижение суицидальной активности; 6) профилактика срывов, рецидивов и суицидального поведения.

Наблюдения показали хорошую эффективность использования нейролептиков у зависимых больных (аминазин, галоперидол, азалептин, трифтазин, хлорпротиксен, сонапакс, неупелтил). Назначение их осуществлялось с целью коррекции психопатоподобного поведения, снижения интенсивности патологического влечения купирования тревожно-депрессивных состояниях и эмоционально-волевых нарушений. Среди трициклических антидепрессантов применялись amitриптилин, коаксил в течение 90-120 дней. Такие транквилизаторы как седуксен, радедорм, мезапам, назначались для коррекции сна.

Пациенты с опиатной и игровой зависимостью принимали антаксон (налтрексона гидрохлорид), продолжительностью 6-12 месяцев в зависимости от актуализации патологического влечения к наркотику, игре, а также наличия срывов и рецидивов заболевания.

Больным с аддиктивными расстройствами назначался финлепсин, который обладает противосудорожным и нормотимическим действием. Препарат использовался и для купирования и профилактики аффективных расстройств депрессивного спектра.

Для воздействия на психопатологические состояния непсихотических регистров у матерей и жен применялись, так называемые малые нейролептики. При выборе препаратов мы руководствовались как клинической потребностью (необходимость самостоятельного воздействия на пограничные психические нарушения и потенцирования седативно-снотворные эффекты других лекарственных средств), так и особенностями их психофармакологического профиля. Дополнительным преимуществом служили хорошая переносимость препаратов в широком диапазоне доз, отсутствием выраженного влияния на неврологическое состояние и состояние сознания индивидов. Препаратами первого выбора были хлорпротиксен, сульпирид. Малые нейролептики чаще назначались при истерических, дисфорических и эксплозивных состояниях.

Выраженный и продолжительный эффект у матерей и жен оказывали бензодиазепины, в виду их широкого спектра действия (стресс-протекторное, анксиолитическое, антидепрессивное, снотворное активирующее, вегетотропное). Назначались грандаксин, диазепам, нозепам, лоразепам.

Задачи, которые решались с помощью психотерапии: 1) реинтеграция психики (преодоление анозогнозии, стабилизация эмоционального состояния и самооценки, формирование трезвеннических, витальных и ценностных установок, разрушение аддиктивных и саморазрушающих стереотипов поведения); 2) формирование устойчивой позитивной установки к планируемому и продолжительному стационарному или амбулаторному курсу лечения; 3) коррекция соматовегетативных и психических нарушений; 4) нормализация межличностного общения (развитие коммуникативных навыков, обучение продуктивным и социально приемлемым способам реагирования и взаимодействия, коррекция отношений больных с родственниками); 5) мотивация к изменению образа жизни (отказ от употребления ПАВ, участия в играх, формирование стойкого негативного отношения к самоубийству); 6) психологическая поддержка зависимых больных и их родственников.

В качестве основных методов психотерапии нами использовались: рациональная психотерапия, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, гипнотерапия, когнитивно-поведенческая, семейная психотерапия и групповая психотерапия. Указанные методы психотерапии в рамках предлагаемой комплексной программы взаимно дополняли друг друга, делая эту модель психотерапии перспективной по многим параметрам.

Отличительной особенностью проводимой психотерапии в группах обследуемых с суицидальным поведением было проведение дополнительных методов, направленных на нейтрализацию суицидальных тенденций. Так, в суггестивной психотерапии формулы внушения содержали жизнеутверждающие установки, на сеансах семейной психотерапии межличностные отношения в семье рассматривались сквозь призму аутоагрессии, на сеансах групповой психотерапии дополнительными темами для обсуждения были: «Что такое смерть», «Зачем люди совершают попытки самоубийства» и пр.

Анализ эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий проводился в конце амбулаторного лечения (на 7-8 месяцев наблюдения), который включал в себя: клинико-психопатологическое обследование (оценка психического, соматовегетативного, семейного и социального статусов) и катамнестическое наблюдение от одного года до трех лет. Нами предложены клинические и социальные критерии, позволяющие не только оценивать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, но и строить определенные прогнозы в отношении развития суицидоопасных состояний у больных и родственников.

Под наблюдением находилось 461 человек; из них 216 человек (46,9%) прошли полный предлагаемый курс лечения, 109 человек (23,6%) пройдя курс фармакотерапии, прервали участие в групповой психотерапии и ограничились участием в краткосрочных и среднесрочных программах без последующей психотерапевтической поддержки.

Проведенные исследования позволили нам сделать выводы о высокой эффективности комплексной лечебно-реабилитационной программы. Так как нормализация психического, соматического и социального статуса достоверно по многим параметрам превышала у обследуемых с суицидальным поведением. Эффективность программы подтверждается купированием суицидальных тенденций у подавляющего числа исследуемых. В результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий снижение суицидальной активности наблюдалось у 150 человек (87,2%) из 172 обследованных с суицидальным поведением. Ремиссии до 12 месяцев наблюдались у 38,6 – 55,6% аддиктов.

Таким образом, больные с аддиктивными расстройствами и их родственники с суицидальным поведением – это особая группа, претендующая в определенной мере на клиническую самостоятельность. У зависимых больных и родственников с суицидальным поведением определены специфические для этой группы предрасполагающие факторы и клинко-психопатологические особенности. Клиническая обособленность аддиктов и их родственников суицидологического профиля подтверждается высокой эффективностью проводимых дифференцированных лечебно - реабилитационных мероприятий и значимой дезактуализацией суицидальных тенденций у исследуемого контингента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агазаде, Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Дис... д.м.н. / Н.В. Агазаде; М., 1989. 339 с.
2. Агаларзаде, А.З. Гонопольский А.М. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы: аналитическая справка / А.З. Агаларзаде, А.М. Гонопольский; М., 2000.
3. Агибалова, Т.В. Аффективные расстройства в структуре игрового абстинентного синдрома / Т.В. Агибалова // Психоневрология в современном мире. – Санкт-Петербург, 2007. - С. 168.
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский; М., Медицина, 2000. 507 с.
5. Алиев, З.Н. Современные клинические особенности алкогольного делирия и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Автореф. дисс.. к.м.н. / З.Н. Алиев; Москва, 2001. 24 с.
6. Алкоголизм: Руководство для врачей; под редакцией Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна; М.: Медицина, 1983. - 384 с.
7. Альтшулер, В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В.Б. Альтшулер; Москва «Имидж», 1994. 216 с.
8. Амбрумова, А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А.Г. Амбрумова: Актуальные проблемы суицидологии. Сб. трудов МНИИП. Т. 82.- Москва, 1978. С. 44 – 59.
9. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т.6. №4. С. 14 - 19.
10. Амбрумова, А.Г. и др. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год / А.Г. Амбрумова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т.8. С. 76 - 81.
11. Амбрумова, А.Г. Семейная диагностика в суицидологической практике / А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова // Методические рекомендации; М., 1983 50 с.
12. Амбрумова, А.Г. Диагностика суицидального поведения / А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко; Методические рекомендации. – М., 1980. 48 с.
13. Амбрумова, А.Г. Клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР; М., 1981. С. 53 - 74.
14. Амбрумова, А.Г. Клиника аутоагрессивного поведения при алкоголизме: методические рекомендации / А.Г. Амбрумова, Е.А. Чуркин; Москва, 1980. 16 с.
15. Анохина, И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости / И.П. Анохина; Руководство по наркологии; М.: Медпрактика-М, 2002. Т.1. С. 13-32.

16. Аронс, К. Развод: крах или новая жизнь? / К. Аронс; Перев. с англ. – М.: «Мирт», 1995. 448 с.
17. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б.Березин; Л.: Наука, 1988. 295 с.
18. Берн, Э. Трансакционный анализ и психотерапия: пер. с англ. / Э. Берн; СПб.: Братство, 1992. 224 с.
19. Берн, Э. Трансактный анализ в группе /Э. Берн; М.: Лабиринт, 1996.
20. Беседина, О.Б. Ремиссии при алкогольной зависимости у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений): Дисс... к.м.н. / О.Б. Беседина; Кемерово, 2007.
21. Бисалиев, Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: дисс. к.м.н. / Р.В. Бисалиев; Москва, 2005. 108 с.
22. Бисалиев, Р.В. Морфоклинические особенности системы органов дыхания при воздействии психоактивных веществ / Р.В. Бисалиев // Наркология. 2007. №1. С. 59 – 62.
23. Бисалиев, Р.В. Аутоагрессивное поведение больных опийной наркоманией и их жен / Р.В. Бисалиев // Наркология. 2009. №4. С. 60 - 65.
24. Бисалиев, Р.В. Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией: моногр. / Р.В. Бисалиев, Т.Н. Дудко, М.А. Сараев; Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2009. 147 с.
25. Битенский, В.С. и др. Наркомании у подростков / В.С. Битенский и др.; К.: Здоровья, 1989. 216 с.
26. Благов, Л.Н. Опиоидная зависимость: клиничко - психопатологический аспект /Л.Н. Благов; М.: Гениус, 2005. – 316 с.
27. Богомолов, Д.В. и соавт. Патоморфологические проявления различных форм алкогольной болезни /Д.В. Богомолов и соавт. // Архив патологии. 2003. Выпуск 4. С. 28 – 32.
28. Бондаренко, С.Н. Лечение и реабилитация больных с патологическим влечением к азартным играм / С.Н. Бондаренко // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия): Материалы Международной конференции. - Казань, 2004. С. 55 – 58.
29. Бруг, А.В. Клиничко-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидальных попыток: Автореф. дисс. к.м.н. / А.В. Бруг; Санкт-Петербург, 2007. 26 с.
30. Бузык, О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Дисс... д.м.н. / О.Ж. Бузык; Москва, 2008. 272 с.

31. Бухановский, А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика / А.О. Бухановский, А.С. Андреев, О.А. Бухановская // Пособие для врачей; Р-на-Д., 2002. 35 с.
32. Валентик, Ю.В. Реабилитация в наркологии: учеб. пособие / Ю.В. Валентик; М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2000 36 с.
33. Ваулин, С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость / С.В. Ваулин // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции 8-10 июня 2005 г. – Иваново, 2005. С. 42 - 44.
34. Верещагина, Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: дисс... к.м.н. / Н.В. Верещагина; Новосибирск, 2003.
35. Винникова, М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): дисс... д.м.н. / М.А. Винникова; Москва, 2004. 243 с.
36. Войцех, В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. Вып. 3. С. 14 – 20.
37. Войцех, В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Том 16 Выпуск 3. С. 22 - 27.
38. Войцех, В.Ф. Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н.В. Склифосовского / В.Ф. Войцех, М.Г. Балашова. 1999. С. 313.
39. Войцехович, Б.А. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы / Б.А. Войцехович, А.И. Редько // Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 1. С. 23-25.
40. Вострокнутов, Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе / Н.В. Вострокнутов // Вопросы наркологии Казахстана. 2002. Том II. №2. С. 56 – 65.
41. Вроно, Е.В. Подростковая психиатрия / Е.В. Вроно; М.: Медицина, 1997. С.24 – 25.
42. Врублевский, А.Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования / А.Г. Врублевский; М.: Медицина, 1989. 42 с.
43. Врублевский, А.Г. Медико-социальные аспекты наркомании и токсикоманий / А.Г. Врублевский, А.А. Глазов // Военно-медицинский журнал. 1988. № 2. С. 66 - 68.
44. Гаспер, И.Б. Влияние соматогенно-стрессовых психических нарушений на течение героиновой наркомании / И.Б. Гаспер, В.В. Чирко, М.В. Демина // Вопросы наркологии. 2006. №5. С. 17-26.

45. Гиндикин, В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин; М., 1997. 576 с.
46. Гладышев, М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990 – 2003 гг.): дис... к.м.н. / М.В. Гладышев; М., 2006. 172 с.
47. Голенков, А.В. Клинико-социальные особенности суицидентов с психическими и наркологическими заболеваниями / А.В. Голенков, П.Б. Карышев, А.Б. Козлов: Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2-3 декабря 2004 г. Москва, 2004. С. 37-38.
48. Голод, С.И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты / С.И. Голод; Л., 1984. 136 с.
49. Голуб, М. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения: дисс. к.псх.н. / М. Голуб; Санкт-Петербург, 1993.
50. Гофман, А.Г. Об оценке уровня потребления алкоголя населения России и последствия потребления спиртных напитков / А.Г. Гофман // Социальная и клиническая психиатрия 1998. Том. 8. Выпуск 4. С. 131 - 136.
51. Грушковская, Т.Е. Депрессивные расстройства в первичной медицинской сети / Т.Е. Грушковская, Н.А. Корнетов // Российская конференция «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правления Российского общества психиатров; М., 2003. С. 41.
52. Гулямов, М.Г. Противоправные действия и суицидальное поведение больных хроническим алкоголизмом и пути их профилактики / М.Г. Гулямов, Н.Н. Ниязов // Здравоохранение Таджикистана 1991. № 4. С. 71-76.
53. Гурьева, Н.Б. Личностные особенности молодых людей с полисубстантной наркозависимостью / Н.Б. Гурьева, А.Ю. Егоров // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда; Москва, 2005. С. 341.
54. Гуськов, В.С. Анонимное и стационарное лечение при алкоголизме / В.С. Гуськов; Пермь.: ППО «Книга», 1990. 80 с.
55. Даренский, И.Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности / Даренский И.Д. // Аддиктология. 2005. № 1. С. 8 -13.
56. Даренский, И.Д., Болезненное пристрастие к азартным играм / И.Д. Даренский В.С. Акопян // Наркология. 2006. №5. С. 54 - 57.
57. Даренский, И.Д. Наркологические заболевания как этап личностной патологии: Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. / И.Д. Даренский, М.В. Демина, В.В. Чирко; Москва, 24 – 27 ноября, 2009. С. 67 - 69.

58. Демина, М.В. Патоморфоз опийных наркоманий: автореф. дисс. к.м.н. / М.В. Демина; М., 1998. 24 с.
59. Дмитриева, Т.Б. и др. Принципы диагностики психотических расстройств, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами / Т.Б. Дмитриева, А.Л.Игонин, Т.В. Клименко и др. // Наркология. 2002. №10. С. 2 – 8.
60. Дмитриева, Т.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением / Т.Б. Дмитриева, А.Л.Игонин, Ю.Б. Шевцова // Наркология. 2005. №5. С. 43 - 47.
61. Добровольская, Ю.В. Пограничные психические расстройства у матерей наркозависимых подростков: дисс... к.м.н. / Ю.В. Добровольская; Москва, 2005. 156 с.
62. Дроздова, Т.Г. Психологический портрет больных парентеральными вирусными гепатитами в сочетании с наркоманией как отражение качества жизни / Т.Г.Дроздова, Э.А. Кашуба, Т.И. Булаева, А.Л. Сметанин // Научный вестник ТюмГМА. 2000. №4. С. 102.
63. Дудко, Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дисс... д.м.н. / Т.Н. Дудко; Москва, 2003. 250 с.
64. Дудко, Т.Н. и др. Психотерапия в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля (принципы организации, формы и методы работы): Методические рекомендации / Т.Н. Дудко и др.; Москва-Санкт-Петербург, 2004.
65. Дудко, Т.Н. Динамика мотивов и мотивации у больных игровой зависимостью и с зависимостью от психоактивных веществ / Т.Н. Дудко // Вопросы наркологии. 2007. №4. С. 39 – 51.
66. Дудко, Т.Н. Клинические особенности патологического влечения к азартным играм // Современные тенденции организации психиатрической помощи: Материалы Российской конференции / Т.Н. Дудко, С.Н. Бондаренко; Москва, 2004. С. 297 – 298.
67. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: методические рекомендации / Т.Н. Дудко В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова; М., 2001. 39 с.
68. Дурнов, А.Н. Суицидальное поведение психопатических личностей / А.Н. Дурнов // Актуальные проблемы суицидологии; М., 1978. С. 239.
69. Дюркгейм, Э. Социологический этюд. пер. с фр. / Э. Дюркгейм; СПб.: Союз, 1998. 496 с.
70. Ениколопов, С.Н. Психодиагностическое типирование супругов из семей больных алкоголизмом мужчин / С.Н. Ениколопов, Т.М. Рожнова // Вопросы наркологии. 2006. №5. С. 42 – 49.

71. Ениколопов, С.Н. Враждебность и проблема здоровья человека / С.Н. Ениколопов, А.В. Садовская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. №7. С. 59 – 64.
72. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С.Ефремов; СПб.: Издательство «Диалект», 2004. 480 с.
73. Жабо, Е.А. Духовные аспекты суицидальных тенденций у больных алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму / Е.А. Жабо // Вопросы наркологии. 2004. № 2. С. 40-48.
74. Завьялов, В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых /В.Ю. Завьялов // Психологический журнал. 1986. Том 7. Выпуск 5. С. 102 – 110.
75. Зиганшин, И.М. Первые результаты работы наркологического реабилитационного центра «Преодоление» / И.М.Зиганшин, С.В.Китаева, Д.А. Мухутдинов // Вопросы наркологии. 2004. №4. С. 36-38.
76. Зорин, Н. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть 2 / Н. Зорин // Психиатрия и психофармако-терапия. 2006. Т. 8. №5. С. 52 - 57.
77. Иванец, Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец // Лекции по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца; М.: Медпрактика, 2001. С. 47 – 73.
78. Иванец, Н.Н. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова; М.: издательство Медпрактика, 2000. 122 с.
79. Игонин, А.Л. Асоциальное поведение лиц с алкогольной зависимостью / А.Л. Игонин, Ю.Б.Тузикова, О.В. Баранова // Наркология. 2006. №11. С. 48 - 52.
80. Игонин, А.Л. Комплексный подход к коррекции нарушений социальной адаптации больных алкоголизмом / А.Л. Игонин, Ю.Б. Шевцова // Наркология. 2009. №12. С. 53 - 61.
81. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей / Д.Н. Исаев; СПб.: Издательство «Питер», 2000. 512 с.
82. Кажаров, М.Х. Социокультурные аспекты самоубийств в Кабардино-Балкарии / М.Х. Кажаров // Социальная и киническая психиатрия. 2005. Том 15. Выпуск 1. С. 35-39.
83. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия в 2 т. Т. 1: перевод с английского / Г.И. Каплан, Б. Дж. Седок; М.: Медицина, 1994. 528 с.
84. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия в 2 т. Т. 2: пер. с англ. / Г.И. Каплан, Б. Дж. Седок; М.: Медицина, 1994. 528 с.
85. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский; М., Медицина, 1990. 448 с.

86. Карпец, А.В. и др. Клиника и лечение передозировки героина и её осложнений: опыт Оренбурга / А.В. Карпец и др. // Вопросы наркологии. 2002. № 6. С. 26 - 32.

87. Карпов, А.М. Самозащита от саморазрушения. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей и стрессов /А.М. Карпов; М.: МЕДпресс-информ, 2005. 136 с.

88. Качаев, А.К. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме. – В кн.: Алкоголизм под редакцией Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна; М.: Медицина, 1983. С. 188 – 203.

89. Кензин, Д.В. Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России: автореф. дисс... к.м.н. / Д.В. Кензин; Новосибирск, 1999. 25 с.

90. Кирдяпкина, А.В. Десятилетняя динамика смертности лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского Края: автореф. дисс. к.м.н. / А.В. Кирдяпкина; Владивосток, 2001. 28 с.

91. Киржанова, В.В. Медико-социальные последствия инъекционного потребления наркотиков в России (методы оценки и предупреждения): автореф. дисс. д.м.н. / В.В. Киржанова; М., 2009. 35 с.

92. Кислицина, О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска / О.А. Кислицина // Вопросы наркологии. 2009. №2. С. 66 – 76.

93. Коваленко, В.П. Особенности формирования аутоагрессивного поведения у больных хроническим алкоголизмом / В.П. Коваленко // Казанский медицинский журнал. 1986. Выпуск 4. С. 282 – 284.

94. Козлов, Т.Н. Психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы: дисс.. к.м.н. / Т.Н. Козлов; Чита, 2004. 163 с.

95. Кожина, Т.А. и др. Аутодеструктивное поведение и алкоголизм // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда 15 – 18 ноября 2005 г. / Т.А. Кожина и др.; Москва, 2005. С. 348 – 349.

96. Кондратьев, Ф.В. Понятие патологического влечения к наркотическим средствам и его основные клинические аспекты // Сб.: Проблемы расстройств влечений в судебно-психиатрической практике / Ф.В. Кондратьев, Т.В.Клименко; М., 1991. С. 11 – 17.

97. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1991. №1. С. 8 - 15.

98. Короленко, Ц.П. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева; М., 2000.

99. Кошкина, Е.А. Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации: Аналитический обзор / Е.А. Кошкина, В.В.Киржанова, В.М. Гуртовенко; М., 2002. 52 с.
100. Краснятова, Ю.А. Катамнез больных опийной наркоманией: клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты: дисс.. к.м.н. / Ю.А. Краснятова; Томск, 2007. 162 с.
101. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США / Л.А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т.10. С. 97 - 105.
102. Кузьминов, В.Н. Судебная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции в 2 тт. / В.Н. Кузьминов; Киев-Харьков-Днепропетровск. 1994. Т. 2. С. 157 – 158.
103. Лаврин, А. Хроники Харона. Энциклопедия смерти / А. Лаврин; М., 1993. 509 с.
104. Лазебник, А.И. Современная суицидная ситуация в г. Ижевске и ее прогнозирование / А.И. Лазебник, Л.Л. Сунцов, Г.А. Башкирова // Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты). материалы Всероссийской научно-практической конференции; Москва-Ижевск, 1994. С. 120 – 122.
105. Лапин, И.А. Факторы повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: автореф. дисс.. к.м.н. / И.А. Лапин; М., 2005. – 28 с.
106. Лапицкий, М.А. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клинико-токсикологические аспекты / М.А. Лапицкий, С.В. Яковлева, В.Ф. Войцех, С.В. Ваулин // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Том 14. Выпуск 1. С. 28-33.
107. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е.Личко; Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
108. Личко, А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации. Саморазрушающее поведение у подростков /А.Е. Личко; Л., 1991. С. 9 – 15.
109. Лопатин, А.А. Парасуициды в крупном промышленном центре Сибири / А.А. Лопатин // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. С. 26 - 29.
110. Максименко, Н.Н. Региональные особенности алкоголизма и алкогольных психозов с летальным исходом (распространенность, коморбидность, профилактика): дисс... к.м.н. / Н.Н. Максименко; Томск – Владивосток, 2004. 171 с.
111. Малыгин, В.Л. Особенности психопатологических расстройств у лиц от зависимых от игры / В.Л.Малыгин, Б.Д. Цыганков // В.М. Бехтерев и современная психология: Материалы докладов на российской научно-практической конференции - Казань, 2005. С. 226- 237.

112. Малыгин, В.Л. Динамика психопатологических феноменов на этапах игрового цикла и особенности личностных свойств патологических игроков / В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков, Г.С. Хвостиков // Вопросы наркологии. 2007. №4. С. 79 – 87.

113. Малютина, Н.В. Влияние нежелательности ребенка на суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрасте: дисс... к.м.н. / Н.В. Малютина; Москва, 2002.

114. Маначурян, Ю.Г. Вторичные психосоматические расстройства у невротических больных / Ю.Г. Маначурян // XIII съезд психиатров России. Москва, 2000. С. 87.

115. Матвиевская, Л.И. Работа с созависимыми в анонимном кабинете ЦМСР г. Астаны / Л.И. Матвиевская // Вопросы наркологии Казахстана. 2002. Том II. № 4. С. 102 – 103.

116. Мельник, Э.В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и другие) / Э.В. Мельник; Одеса: издавництво «Черномор'я», 1998. 400 с.

117. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие / В.Д. Менделевич; М.: МЕДпресс, 2001. 432 с.

118. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева; М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

119. Меннингер, К.А. Война с самим собой / К.А. Меннингер; М.: «ЭКСПО – Пресс», 2001. 480 с.

120. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: автореферат дисс. к.м.н. /А.В. Меринов - Москва, 2001. 21 с.

121. Меринов, А.В. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // Наркология. 2010. №3. С. 77 - 79.

122. Михайловская, Н.В. Суицидальное поведение больных опийной наркоманией: дисс... к.м.н. / Н.В. Михайловская; Томск, 2005.

123. Молчанова, Ю.Ю. К вопросу о психологических особенностях личности игроков / Ю.Ю. Молчанова // Современные достижения наркологии: Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии; М., 2005. С. 80 – 81.

124. Москаленко, В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии в 2-х т. / под редакцией Н.Н. Иванца. / В.Д. Москаленко; М.: Медпрактика – М., 2002. - Т.2. - С. 182 – 189.

125. Москаленко, В.Д. Взрослые дети больных зависимостями – группа множественного риска / В.Д. Москаленко // Наркология. 2009. №2. С. 76-84.

126. Назаров, Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: дисс. канд. психол. наук / Е.А. Назаров; Москва, 2000. 203 с.
127. Немцов, А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981 – 1998 годы / А.В. Немцов // Вопросы наркологии. 2002. №4. С. 53 - 61.
128. Немцов, А.В. Алкогольный урон регионов России / А.В. Немцов; М.: Nalex, 2003. 136 с.
129. Неплох, Я.М. Человек познай себя! Записки психиатра / Я.М. Неплох; СПб.: Наука, 1991. 208 с.
130. Овсянников, М.В. Клинические и психоаналитические аспекты в исследовании суицидального поведения у больных опийной наркоманией / М.В. Овсянников // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции 8-10 июня 2005 г. – Иваново, 2005. С. 57 – 59.
131. Овсянников, М.В. Психопатологические нарушения у больных, страдающих опийной (героиновой) наркоманией, в постабстинентном периоде: Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием / М.В. Овсянников, А.Ю. Израелян, И.В. Старкова, А.Н. Ханнанова; Москва, 24 – 27 ноября, 2009 С. 108 - 110.
132. Онищенко, Г.Г. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации / Г.Г. Онищенко, В.Ф. Егоров // Наркология. 2007. №1. С. 59-62.
133. Оруджев, Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики / Н.Я. Оруджев // Журнал неврологии и психиатрии. 2002. Т.102. №3. С. 59 – 64.
134. Павленко, Е.Ю. Аспекты судебно-медицинской диагностики / Е.Ю. Павленко // Неотложные состояния в наркологии; под редакцией Б.Д. Цыганкова; М.: Медпрактика-М. 2002. С. 29 – 33.
135. Павлов, И.С. Кризис современной отечественной наркологии – так ли это? / И.С. Павлов // Вопросы наркологии. 2009. №6. С. 102 – 113.
136. Петрова, Е.В. Когнитивно-бихевиоральная терапия агрессивного поведения больных с алкогольной зависимостью в ремиссии / Е.В. Петрова, О.А. Петров, В.М. Николаев // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции 8-10 июня 2005 г. – Иваново, 2005. С. 143 – 144.
137. Плоткин, Ф.Б. Когнитивный диссонанс как причина нестабильности ремиссий при алкогольной зависимости / Ф.Б. Плоткин // Наркология. 2010. №3. С. 91 – 99.
138. Положий, Б.С. Макросоциальные детерминанты частоты суицидов в России / Б.С. Положий // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда 15-18 ноября 2005 г. - Москва, 2005. С. 446 – 447.

139. Попов, Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявление дисфункционального состояния личности / Ю.В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994. №1. С. 6 - 13.
140. Постнов, В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: дисс...к.м.н. / В.В. Постнов; Оренбург, 2003 171 с.
141. Праг, Г.М. Обманутые ожидания: почему антидепрессанты мало влияют на частоту суицидальных проявлений / Г.М. Праг // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. №3. С. 11 - 16.
142. Пузец, А.В. Суицидальный риск у лиц, имеющих деструктивные зависимости / А.В. Пузец // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. Казань, 2006. С. 206-208.
143. Пушина, В.В. Клинико-психологические аспекты алкогольной зависимости у мужчин / В.В. Пушина // Психическое здоровье. 2008. №12. С. 21 – 25.
144. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая; М.: Медицина, 1975. 333 с.
145. Пятницкая, И.Н. Наркомании: Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая; М.: Медицина, 1994. 544 с.
146. Пятницкая, И.Н., Подростковая наркология: Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова; М., Медицина, 2002. 256 с.
147. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е. Разводовский // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. Т.104. С. 48 - 52.
148. Редько, А.Н. Самоубийство как социально-гигиеническая проблема: дисс... к.м.н. / А.Н. Редько; Краснодар, 1992. 213 с.
149. Рохлина, М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии в 2-х т.; под редакцией Н.Н. Иванца / М.Л. Рохлина; М.: Мед-практика - М., 2002. Т.1. С. 269 – 367.
150. Рохлина, М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов; М.: изд-во «Анахарис», 2001. 208 с.
151. Рохлина, М.Л. Клинико-социальные последствия наркоманий / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, И.Я. Каплан // Вопросы наркологии. 1997. №1. С.11 – 20.
152. Самохина, Т.В. Типология суицидогенных родительских семей / Т.В. Самохина // Психогигиена и психопрофилактика. 1983. С. 95 – 99.
153. Сафина, Г.Д. Специфика прогностической (антиципационной) и волевой деятельности гемблеров / Г.Д. Сафина, В.Д. Менделевич // XIV съезд психиатров России. Москва, 2005. С. 367.

154. Сахаров, А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дисс... к.м.н. / А.В. Сахаров; Чита, 2007. 140 с.
155. Семке, В.Я. Клинико-динамический подход к систематике аддикций / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель // Наркология. 2005. №12. С. 30-35.
156. Сенцов, В.Г. и др. Острые отравления суррогатами опия и героином: опыт Екатеринбурга / В.Г. Сенцов и др. // Вопросы наркологии. 2001. №6. С. 38 – 47.
157. Сиволап, Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П.Сиволап, В.А. Савченков; М.: Медицина, 2005. 304 с.
158. Сидоров, П.И. Наркологическая превентология: Руководство, издание второе, переработанное / П.И. Сидоров; М.: Медпресс-информ, 2006. 720 с.
159. Сидоров, П.И. Клиническая психология: Учебник 2 изд., дополн. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков; М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. 864 с.
160. Сидорова, О.А. Нейропсихология эмоций / О.А. Сидорова; М.: Наука, 2001. 147 с.
161. Силард, Я. Взаимосвязь между алкоголизмом и самоубийством / Я. Силард // I съезд психиатров социалистических стран: Материалы съезда; Москва, 1987. С. 491 - 493.
162. Сливко, К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов: дисс... к.м.н. / К.Ю. Сливко; Владивосток, 2003. 160 с.
163. Солдаткин, В.А. Криминогенность, виктимность и суицидогенность при патологическом влечении к азартным играм / В.А. Солдаткин // Вопросы наркологии. 2009. №3. С. 52 – 59.
164. Соловьева, С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: дисс... д. психол.н. / С.Л. Соловьева; Санкт-Петербург, 1996.
165. Солохин, Е.В. и др. Отравление опиатами (анализ секционного материала) / Е.В. Солохин и др. // Судебно-медицинская экспертиза. 2002. №2. С. 32 – 35.
166. Сонди, Л. Учебник Экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебно психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Л. Сонди; М.: «Когито-Центр», 2005. 557 с.
167. Спиженкова, М.А. Самоубийство в системе социальных отношений: дисс... к.ф.н. / М.А. Спиженкова; Москва, 2002. 167 с.
168. Стрельчук, И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И.В.Стрельчук; М., Медицина, 1983. 383 с.

169. Тихоненко, В.А. Классификация суицидальных проявлений / В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. Сб. трудов МНИИП. Т. 82. М., 1978. С. 59 – 73.
170. Трайнина, Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями: методические рекомендации / Е.Г. Трайнина; М., 1987. 22 с.
171. Трегубов, Л.З. Эстетика самоубийства / Л.З.Трегубов, Ю.А.Вагин; Пермь, 1993. 268 с.
172. Уманский, М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста: автореф. дисс... к.м.н. / М.С. Уманский; Томск, 2007.
173. Ураков, И.Г. Хронический алкоголизм / И.Г. Ураков, В.В. Куликов; М.: Медицина, 1977. 167 с.
174. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм; М.; Республика 1994. 447 с.
175. Ханыков, В.В. О патогенезе игровой зависимости / В.В. Ханыков, Ю.Ю. Молчанова // Вопросы наркологии. 2007. №4. С. 52 – 58.
176. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни; М.: Мысль, 1994.
177. Цыганков, Б.Д. Нехимические аддикции: патологическая игровая зависимость от компьютерных игр / Б.Д.Цыганков, В.Л. Малыгин, А.Ю. Егоров, Г.С. Хвостиков // Вопросы наркологии. 2007. №4. Ч. 1. С. 18 – 31.
178. Чирко, В.В. Родители больных наркоманией: психопатология со-зависимости (1 сообщение) / В.В.Чирко, М.В. Демина // Вопросы наркологии. 2005. № 2. С. 19 – 29.
179. Чирко, В.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний / В.В.Чирко, М.В. Демина // Наркология. 2009. №5. С. 67 – 72.
180. Чобану, И.К. Современные концепции и возможности психотерапевтического лечения суицидального поведения / И.К. Чобану, Н.М. Елифанова // Психотерапия. 2007. №11. С. 3 – 14.
181. Шабанов, П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей / П.Д.Шабанов; М.: ГЭОТАР – МЕД, 2003. 560 с.
182. Шайдукова, Л.К. Особенности «ремиссионных» психических расстройств у больных наркоманиями / Л.К. Шайдукова // Наркология. 2006. №11. С. 53 - 58.
183. Шемчук, Н.В. Патологическое влечение к азартным играм в структуре сочетанной психической патологии / Н.В. Шемчук // Вопросы наркологии. 2007. №4. С. 66 – 72.
184. Шерстюк, Б.В. Эпидемиологические аспекты смертности, связанной с наркотиками: половозрастная характеристика, убийства, самоубийства, несчастные случаи / Б.В. Шерстюк, А.В. Кирдяпкина // Перспективы разви-

- тия и совершенствования судебно-медицинской службы РФ: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. М., 2000. С. 121 - 123.
185. Шигеев, С.В. Медико-социальные аспекты смертельных отравлений наркотическими веществами / С.В. Шигеев // Вопросы наркологии. 2006. №2. С. 68 - 72.
186. Шнейдман, Э.С. Душа самоубийцы: перевод с англ. / Э.С. Шнейдман; М.: Смысл, 2001. 315 с.
187. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов; М.: «Когито-Центр», 2005. 214 с.
188. Энтин, Г.М. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.П. Музыченко и др.; М.: МЕДПРАКТИКА - М. 2002. 328 с.
189. Ahrens, V. Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder / V.Ahrens, H.J. Haug // Crisis. 1996. №2. P. 59 - 63.
190. Aldrige, D. Adolescent and pre-adolescent suicide in Newfoundland and Labrador / D. Aldrige, K. St.John // Can. J. Psychiatry. 1991. №6. P.432- 436.
191. Asnis, G. M. et al. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients: I. Description and prevalence / G.M. Asnis et al. / Am. J. Psychiatry. 1993. Vol.150. №1. P. 108 – 112.
192. Araujo, L. et al. The effect of anxiety and depression on completion withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program / L. Araujo et al. // J. Subst. Abuse Treat. 1996. Vol. 13 №1. P. 61 – 66.
193. Beautrais, A.L. Cannabis abuse and serious suicide attempts / A.L. Beautrais, Joyce P.R., Mulder R.T. // Addiction. 1999. №94. P. 1155-1164.
194. Bille-Brahe, U. Suicidal behavior in Europe / U. Bille-Brahe / WHO, 1998. P. 31.
195. Bleuer E. Руководство по психиатрии / E. Bleuer; М.: изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993.
196. Bologoini, L. et al. Drug use and suicidal attempts; the role of personality factors / L. Bologoini et al. // Subst-Use-Missuse. 2002. Vol. 37. P. 337- 356.
197. Bloch, S. The family in clinical psychiatry / S. Bloch, J. Hafber, E. Harari, G.L.Nucler; New York: Ox-ford University press. 1994. 296 p.
198. Boyd, L. Closing Escape Hatches: decisions for healthy living / L. Boyd // Transactional Analysis Journal. 1986. Vol. 16. №4. P. 247 – 259.
199. Brodsky, B.S. et al. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior / B.S.Brodsky et al. // Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 1715 - 1719.
200. Brooke, D. Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand / D. Brooke, T. Caecilia, J. Gunn, A. Maden // British Journal of Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 248–251

201. Brundland, G.H. WHO challenges the drink industry / G.H. Brundland // *The Globe*. 2001. №1. P. 5.
202. Ciarrocchi, J.W. Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy / J.W. Ciarrocchi; New York. Academic Press, 2002.
203. Corcos, O. et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics / O. Corcos et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002. №106. P. 381 – 386.
204. Cummings, S. Effects of the child's deficiency of the mother / S. Cummings, H. Bayley, H. Rie / *Am. J. of Orthopsychiatry*. 1966. №36. P. 595-608.
205. Custer R.L. Profile of pathological gambler // *Journal Clin. Psychiatr.* - 1984. – Vol. 45.-P. 35.
206. Despland, J.N. Clinical relevance of Adjustment Disorder in DSM-III-Rand DSM-IV / J.N. Despland, L. Monod, Ferrero F. // *Comprehensive Psychiatry*. 1995. Vol.36. №6. P. 454 – 460.
207. Eisen, S.A. et al. The genetics of pathological gambling / S.A. Eisen et al. // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. 2001. Vol.6. №3. P. 195 – 204.
208. Farley, T.A. et al. Predictors of outcome in methadone programs: effect of HIV counseling and testing. / T.A. Farley et al. // *Con-Med*. 1994. Vol. 58. №3. P. 165 – 171.
209. Ferdinand, R.F. et al. Psychopathology in adolescence predicts substance abuse in young adulthood / R.F. Ferdinand et al. // *Addiction*. 2001. Vol. 96. №6. P. 861 – 870.
210. Frances, R.L. Suicide and alcoholism / R.L. Frances, J. Franklin, D.K. Flavin // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse*. 1987. №3. Vol. 13. P. 327 - 341.
211. Freud S. Psychological (or mental) treatment (1905) // In *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 7 / S. Freud // Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press. 1953. P. 281 – 302.
212. Grant, J.E. Pathological gambling // *Am. Psychiat. Publishing Inc.* / J.E. Grant, M.N. Potenza; 2004. 270 p.
213. Hawton, K. Alcoholism, alcohol and Attempted Suicide. In: *Alcohol and Alcoholism* / K. Hawton, S. Fagy, S.P. McKeown. 1989. Vol. 24. P. 3 – 9.
214. Hingson, R. Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature / R. Hingson, J. Howland // *J. Stud. Alcohol*. 1997. №3 Vol. 48. P. 212 - 219.
215. Hollander, E. et al. Pathological gambling / E. Hollander et al. // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2000. Vol. 23. №3. P. 629 – 642.
216. Hulse, G.K. et al. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates / G.K. Hulse et al. // *Addiction*. 1999. №2. P. 221-229.
217. Isometsa, E.T. et al. Suicide among subjects with personality disorders / E.T. Isometsa et al. // *Am. J. Psychiatry*. 1996. Vol. №5. P. 667 – 673.

218. Kapamazija, B. Alcoholies and non-alcoholies in committed suicides / B. Kapamazija, M. Sovljanski, S. Skendzic // In: Prog. 9 Int. Congr. Suicide Prev. and Crisis Intervent-Helsinki. 1978. P. 311 – 315.
219. Kausch, O. Patterns of among treatment-seeking pathological gamblers / O. Kausch // J. of Substance Abuse Treatment. 2003. Vol. 25. №4. P. 263 – 270.
220. Khantzian, E.J. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions / E.J. Khantzian // Recent developments in alcoholism. New York: Plenum. 1990. Vol. 8. P. 225 - 270.
221. Kim, S.W. et al. Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications / S.W. Kim et al. // J. Affective Disorders. 2006. Vol. 92. №1. P. 109 – 116.
222. Kohen, D. Psychiatric services for women / D.Kohen / Women and mental health. London. 2000. P. 218 – 232.
223. Kupennan, S. et al. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis / S. Kupennan et al. // Addiction. 2001. Vol. 96. P. 629 – 636.
224. Lesieur, H.R. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive sub-stance abuse disorders / H.R. Lesieur, S.D. Blume // Hospital Community Psychiatry. 1993. Vol. 12. №3. P. 89 – 102.
225. Lester, D. Unemployment and suicide in American Indian youth in New Mexico / D. Lester // Psychol. Rep. 1997. №1. Vol. 81. P. 58.
226. Levenstein, S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer / S. Levenstein // Psychosomatic Medicine. 2000. Vol. 2. P. 176 – 185.
227. Luban-Plozza, B. Psychosomatic disorders in general practice. Theory and experience / B.Luban-Plozza, W.Poldinger; Basel: Roche, 1985. 292 p.
228. McCoprnick, R.A. et al. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment / R.A. McCoprnick // Am. J. Psychiatry. 1984. Vol. 141. №2. P. 215 – 218.
229. Maris, R.W. Social and familial risk factors in suicidal behaviour / R.W. Maris // Psychiatr. Clin. North. Am. 1997. Vol. 20. P. 519 – 550.
230. Martin, T.G. Epidemic US opiate mortality rates: 1979 – 1996 / T.G. Martin // Ann. Emergency Med. 1999. Vol. 34. №4. P. 56 – 57.
231. Marzuk, P.M. et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS / P.M. Marzuk et al. // J. Am. Med. Ass. 1988. №259. P. 1333 - 1337.
232. Peck, D.L. Accident or suicide? Single-vehicle car accident and the intent hypothesis / D.L. Peck, K. Warner // Adolescence. 1995. Vol. 30. P. 463-472.
233. Petry, N.M. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathologi-cal gamblers / N.M. Petry, B.D. Kiluk // J. Nerv. Ment. Dis. 2002. Vol. 190. № 7. P. 462-469.
234. Poldinger, W.J. The psychopathology and psychodynamics of self – destruction / W.J. Poldinger // Crisis. 1989. Vol. 10. №2. P. 113 - 122.

235. Ravndal, E. Self-reported depression as predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community / E. Ravndal, P. Vaglum // *J. Subst. Abuse. Treat.* 1994. Vol. 11. № 5. P. 471 – 479.
236. Rehm, J. Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität / J. Rehm, R. Room, K. Graham, U. Frick // *Sucht. Heft 2.* 2003. S. 87 – 94.
237. Room, R. Community effects of the opening of the Niagara Casino / R. Room, N.E. Turner, A. Lalomiteanu // *Addiction.* 1999. №10. P 1449 – 1466.
238. Rotter, J.C. Counseling and therapy for couples and families / J.C. Rotter // *The Family Journal.* 2004. Vol. 12. №1. P 37 – 39.
239. Schukit, M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts / M.A. Schukit // *Journal Stud. Alcohol.* 1986. № 1. Volume 47. P. 78 - 81.
240. Smari, J. Unemployment, coping and psychological distress / J. Smari, E. Arason, H. Hafsiensson, S. Ingimarsson // *Scan. J. Psychol.* 1997. Vol. 38. № 2. P. 151 – 156.
241. Smart, R.G. Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975-1983 / R.G.Smart, R.E. Mann // *Brit. J. Addict.* 1990. Vol. 85. № 4. P. 463-468.
242. Stengel, E. Suicide and attempted suicide / E. Stengel; London: Penguin Books, 1967.
243. Stillion, J.M. Suicide across the life span / J.M. Stillion, E.E. McDowell; Washington, Bristol, London: Taylor and Francis, 1996. 349 p.
244. Stutske, W.S. et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men / W.S. Stutske et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2000. Vol. 57. P. 663 – 673.
245. Thomas, P. et al. Self-Injurious Behavior in Women with Eating Disorders / P.Thomas et al. // *American Journal of Psychiatry.* 2002. №159. P. 408 - 411.
246. Thomson, W.N. The social costs of gambling in Wisconsin / W.N. Thomson, R. Gazel, D. Rickman // *Wisconsin Policy Research Institute Report.* - 1996. Volume 9. P. 1 - 44.
248. Ustun, T.B. Mental illness in General Health / T.B.Ustun // *An International Study.* NY. 1995. P. 219 – 231.
249. Wasserman, D. et al. Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics Some novel findings / D.Wasserman et al. // *J. European Psychiatry.* 2007. Vol. 22. P. 48.
250. Widiger, T.A. Epidemiology of borderline personality disorder / T.A. Widiger, M.M. Weissman // *Hospital & community psychiatry.* 1991. Vol. 42. №10. P. 1015 – 1021.
251. Zador, D. Injectable opiate maintenance in UK: is it good clinical practice? /D. Zador // *Addiction.* 2001. Volume 96. № 4. P. 547-553.

ПРИЛОЖЕНИЕ

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РОДСТВЕННИКОВ С СОЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

1. Фамилия, Имя, Отчество (по желанию) _____
2. Пол (мужской, женский); телефон (указать любой) _____
3. Возраст (полных лет) _____
4. Психопатологическая отягощенность (указать родственника) _____
а) не отягощена б) шизофрения в) МДП, циклотимия г) акцентуация, психопатия д) неврозы е) эпилепсия ж) склонность к азартным играм з) нарушения пищевого поведения и) другие
5. Наркологическая отягощенность (указать родственника) _____
а) не отягощена б) алкоголизм в) наркомания г) токсикомания
6. Соматическая отягощенность (указать заболевание) _____
7. Отягощенность черепно-мозговыми травмами (указать возраст) _____
8. Протекание беременности и родов (1 - у матери больной 2 - у обследуемой) _____
а) без патологии б) токсикозы беременности в) преждевременные роды г) родовые травмы д) внутриутробная гипоксия е) внутриутробная инфекция ж) анемия з) кесарево сечение и) обвитие пуповины к) прочее
9. Аномалии в преморбиде _____
а) отсутствуют б) акцентуации в) психопатии г) невротическая личность
10. Девиантность, делинквентность _____
11. Суицидальное поведение _____
а) мысли б) самоповешение в) самоудавление г) самоотравление (вещество)
д) самосожжение е) падение с высоты ж) переохлаждение или перегрев
з) прекращение пищи и) использование движущегося транспорта или движущихся механизмов к) использование колющих и режущих предметов

12. Динамика суицидального поведения _____
а) пресуицидальный период (мысли на тему своей смерти, разработка способов и планов самоубийства, каков был эмоциональный фон, была ли борьба мотивов, поведение – снижение активности, уменьшение контактов и т.п.)
б) место проведения пресуицидальной подготовки (дома, на улице, в больнице) в) отношение к суицидальной попытке спустя 4 – 6 месяцев, эмоции, поведение
13. Длительность пресуицидального периода (от мыслей до попыток)
а) несколько минут б) несколько часов в) несколько дней г) несколько месяцев
14. Клиническая характеристика суицидального поведения _____
а) депрессивные б) демонстративно-шантажные в) аффективно- возбудимые
15. Причины суицидальных попыток (до заболевания, во время заболевания)
а) конфликты в семье б) сниженное настроение в) отсутствие смысла жизни
г) неудовлетворенные потребности д) несправедливое отношение (упреки, угрозы) е) тяжелая соматическая патология ж) прочее
16. Психологический смысл суицидального поведения _____
а) призыв б) отказ от жизни в) протест г) месть д) стремление к избеганию наказания е) самонаказание
17. Количество суицидальных попыток _____
а) однократно б) многократно (более 2-х)
18. Образование _____
а) начальное б) 9 классов в) среднее г) среднее специальное д) незаконченное высшее е) высшее
19. Судимости _____
а) отсутствует б) условная в) отбывал (а) заключение
20. Условия воспитания в семье _____
а) полной б) матерью в) отцом г) у родственников д) мачехой е) отчимом
21. Форма воспитания _____
а) гиперпротекция б) гипопротекция в) эмоциональное отвержение г) жестокое обращение д) неустойчивый стиль е) возложение повышенной моральной ответственности ж) кумир семьи

22. Семейное положение _____
а) женат (замужем) / первый, повторный брак б) не женат (не замужем) в) сожительство г) разведен (а) д) вдовец (а)
23. Отношения между супругами, с родителями _____
а) нормальные б) умеренно конфликтные в) резко конфликтные
24. Материальное положение а) отличное б) хорошее в) удовлетворительное г) неудовлетворительное _____
25. Место жительства _____
26. Материальное положение родительской семьи _____
а) очень хорошее б) хорошее в) удовлетворительное г) неудовлетворительное
27. Характер семейных взаимоотношений между родителями _____
а) ровные б) периодически конфликтные в) постоянно конфликтные
28. Возраст начала употребления ПАВ, участие в азартных играх _____
29. Давность заболевания _____
30. Диагноз (по МКБ - 10) _____
31. Темп прогрессивности заболевания
а) быстрый б) средний в) медленный
32. Микросоциальные факторы в формировании аддикции и обстоятельства, приведшие к привыканию _____
а) общение с больными б) компании с антисоциальными тенденциями в) любопытство
г) подражание д) «убить» время е) места лишения свободы е) психогении (снятие тревоги, напряжения, после конфликтов) ж) неудовлетворенность жизнью
33. Параллельное злоупотребление ПАВ _____
а) имеется (указать вещество) б) практически отсутствует
34. Длительность эпизодического приема ПАВ, участия в играх _____

35. Простое алкогольное опьянение тяжелой степени _____
а) однократно б) многократно (более 2-х раз)
36. Картина измененного опьянения (алкоголизм) _____
37. Форма употребления алкоголя _____
а) с преобладанием однодневных эксцессов
б) по типу псевдозапоев
в) по типу постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
г) по типу «перемежающего» пьянства
д) по типу истинных запоев
е) по типу постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
38. Степень выраженности острого абстинентного синдрома _____
а) легкая б) средняя в) тяжелая
39. Длительность острого абстинентного синдрома _____
40. Длительность постабстинентных расстройств _____
41. Длительность ремиссии _____
42. Характер ремиссии _____
а) спонтанная б) терапевтическая в) вынужденная г) отсутствует
43. Признаки морально-этической деградации _____
а) эгоцентризм б) лживость в) позерство г) циничность д) паразитические тенденции е) сексуальная распущенность ж) хулиганство з) неряшливость и) безразличие к судьбе к) воровство л) раздражительность, вспыльчивость, агрессивность м) нетерпеливость н) непостоянство о) своевольность п) ветренность р) показная уверенность в себе с) безответственность т) экстернальный локус контроля у) склонность к тунеядству ф) жестокость к близким х) притупление чувства родительского долга ц) притупление чувства профессионального долга ю) вымогательство