

Лекция. Злоупотребление алкоголем и наркотиками как факторы суицидального поведения

Суицидальные действия при алкоголизме чаще всего наблюдаются в возрасте 20—30 и 50—55 лет. Причем женщины-алкоголики покушаются на свою жизнь в 2 раза чаще, чем мужчины-алкоголики, и в 37 раз чаще, чем непьющие женщины. В целом на фоне алкоголизма суицидальное поведение встречается в 20—30 раз чаще. Наиболее часто у больных алкоголизмом и наркоманией наблюдаются самоповреждения, суицидальные тенденции и суицидальные попытки. Значительная часть алкоголиков и наркоманов, как показывают опыт и многочисленные исследования, совершает суицидальные попытки в результате переключения гетероагрессии (направленность на окружающих: убийства, изнасилования, нанесение побоев, угрозы, оскорбления, ненормативная лексика и т.д.) на аутоагрессию. Если же механизм переключения агрессии на себя не "включается", то эти индивиды могут представлять серьезную опасность для окружающих.

Суицидальные попытки у больных алкоголизмом наблюдаются в 40—60% случаев. При этом 25% морфинистов и 42% барби-туроманов кончают жизнь самоубийством. Характерной особенностью суицидального поведения при алкоголизме и наркомании является тенденция к рецидивам. По мнению различных авторов, 40—88,6% больных совершают повторные аутоагрессивные действия. Пики же покушений на самоубийство больных алкоголизмом приходятся на возрастные группы 21—30 и 50—55 лет.

Как отмечает Э. Гроллман, риск с уицидов очень высок у больных алкоголизмом. Это заболевание имеет отношение к 25—30 % самоубийств; среди молодых людей его вклад может быть еще выше — до 50 %. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

Пьяницы нередко чувствуют себя лишенными любви окружающих. Они выпивают для того, чтобы притупить эту боль. Поскольку алкоголь способствует возникновению депрессии, то ее начальные признаки возникают довольно быстро. После выпивки они чувствуют себя еще более подавленными и виновными, и это является поводом для нового приема алкоголя. Таким образом возникает порочный круг: депрессия приводит к употреблению алкоголя, что, в свою очередь, вызывает еще большую депрессию, приводя в дальнейшем к частой алкоголизации или запоям. В результате распадается семья, теряются друзья и работа. Исследования показывают, что у многих пьяниц, ставящих крест на своей жизни, отмечается потеря тесных взаимоотношений с окружением по крайней мере в течение 6 недель, предшествующих суициду. Во время межличностного кризиса больной алкоголизмом отличается особенно высоким суицидальным риском.

Алкоголь также усиливает агрессивность, которая может привести к саморазрушению, если оборачивается на самого себя. Больные алкоголизмом могут не стремиться убить себя сознательно, но их хроническое пьянство тем не менее является поведением, сокращающим их жизнь. Токсические воздействия алкоголя на организм человека хорошо известны и описаны в научной литературе. Кроме того, тяжелое телесное изнашивание и недоедание также входят в стиль жизни алкоголика. Когда он умирает, то его смерть может быть и не отнесена к числу

суицидов, поскольку к ней привели такие соматические причины, как цирроз печени.

Преждевременная смерть может быть вызвана и межличностными конфликтами, сопряженными с алкоголизмом, а также присущим ему пагубным влиянием на телесное или эмоциональное здоровье либо чаще всего их различными сочетаниями. Можно сказать, что алкоголизм является существенным фактором суицидального синдрома.

Часто употребление алкоголя сочетается с приемом барбитуратов, транквилизаторов или героина как в прямых суицидальных целях, так и ненамеренно. Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

По мнению Э. Гроллман, наркомания и суициды тесно связаны между собой. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, так же как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение независимо от осознания ими этих намерений. Психологи наблюдали взаимосвязь полинаркомании и состояний депрессии и тревоги. В психоаналитическом исследовании этого феномена, предпринятом в 1933 г., известный психоаналитик Шандор Радо ввел термин «фармакотимия» для описания своеобразного расстройства психики, при котором наркотики употребляются с целью утolenия невыносимой психической боли. Он подчеркивал, что в этих случаях наркотикам приписываются магические свойства, которые могут повысить самооценку или помочь справиться с меланхолическим настроением.

Токсические эффекты наркотиков, как и алкоголя, предрасполагают к широкому кругу болезней: чаще развиваются такие серьезные заболевания, как гепатит и эндокардит. У подавляющего большинства наркоманов они возникают из-за сочетанного приема таблеток и инфекционных наркотиков. Они страдают от общего стиля жизни, характеризующегося стихийностью и недостаточным питанием. Наркоманы с большей вероятностью заболевают такой фатальной болезнью, как СПИД, который вызывается особым микроорганизмом, называемым «ретровирусом», разрушающим иммунные клетки. Приблизительно 17 % из тех, кто рискует заболеть СПИДом, вводят наркотики внутривенно. Вирус СПИДа персистирует в крови и распространяется через иглы при использовании одного и того же шприца.

Недавнее исследование больных наркоманией в больших американских городах подтвердило представление о том, что наркотики являются одним из широко распространенных средств совершения самоубийств. Не только молодые, но и пожилые люди убивают себя передозировкой медикаментов. Основными лекарствами, используемыми для самоубийства пожилыми людьми, являются: пентабарбитал (38,3 %), секобарбитал (26,6 %), фенobarбитал (6,9 %), салицилаты (5,8 %) и секоамobarбитал (5,1 %).

Многие наркоманы, как и другие потенциальные самоубийцы, молодые и пожилые, чувствуют себя нелюбимыми окружением и сами не любят никого. По словам психиатра Исидора Сэджера, «никто из тех, кто не оставил надежду на любовь, не совершает самоубийства». Наркотики притупляют чувства и как бы

держат семью, друзей и весь мир на расстоянии. Для некоторых людей есть только два выхода: употреблять наркотики или совершить попытку самоубийства.

По мнению Е. Г. Трайниной [1983], суицидальные действия при алкоголизме чаще всего наблюдаются в возрасте 20–30 лет и 50–55 лет. Причем женщины-алкоголики покушаются на свою жизнь в 2 раза чаще, чем мужчины-алкоголики, и в 37 раз чаще, чем непьющие женщины. В целом на фоне алкоголизма суицидальное поведение встречается в 20–30 раз чаще. Наиболее часто у больных алкоголизмом и наркоманией наблюдаются: самоповреждения, суицидальные тенденции и суицидальные попытки. Значительная часть алкоголиков и наркоманов, как показывают опыт и многочисленные исследования, совершают суицидальные попытки в результате переключения гетероагрессии на аутоагрессию. Если же механизм переключения агрессии на себя не «включается», то эти индивиды могут представлять серьезную опасность для окружающих.

Особенности развития суицидальных тенденций при алкоголизме и наркомании имеют непосредственную связь с характером ведущего аффекта. Так, при *дисфории* более характерны протест, импульсивность, связанные с гетероагрессией, а при *астении* – истинные попытки, обусловленные включением депрессивного компонента, с идеями самообвинения и безысходности. Часто алкоголики и наркоманы обнаруживают демонстративно-шантажные попытки для добывания наркотических веществ, избежания ответственности, заключения или госпитализации.

Суицидальные попытки у больных алкоголизмом наблюдаются в 40–60 % случаев. При этом 25 % морфинистов и 42 % барбитуроманов кончают жизнь самоубийством. Характерной особенностью суицидального поведения при алкоголизме и наркомании является тенденция к рецидивам. По мнению различных авторов, 40–88,6 % больных совершают повторные аутоагрессивные действия. Пики же покушений на самоубийство больных алкоголизмом приходятся на возрастные группы 21–30 и 50–55 лет.

Существуют три качественно различные группы суицидальных проявлений больных алкоголизмом и токсикоманиями [Е. Г. Трайнина, 1983]:

1. *Наличие стойких суицидальных мыслей и истинные попытки.* Во всех случаях таким попыткам предшествует психотравмирующая ситуация и адекватная ей эмоциональная реакция или длительное депрессивное состояние, спровоцированное психической травмой. Истинные суицидальные намерения чаще реализуются опасными способами.

2. *Манипулятивные формы суицидальных тенденций* (суицидальные угрозы, высказывания, самоповреждения, демонстративно-шантажные попытки без суицидальных намерений). Такие индивиды обнаруживают не критичное отношение к болезни. При этом общий фон настроения может быть неадекватно приподнятым, а иногда и вызывающим. Суицидальные высказывания чаще всего носят стереотипный характер.

3. *Импульсивные суицидальные проявления* (промежуточное положение). Такие суицидальные действия, как правило, неожиданны, или спонтанны, или появляются в ответ на незначительную психотравму. Для этих индивидов характерна психопатизация по дисфорическому типу, выраженное влечение к спиртному,

аффективное напряжение. Они высказывают намерение кончить жизнь самоубийством, однако это решение вызвано не анализом психотравмирующей ситуации, не длительным депрессивным состоянием с чувством вины, ощущением краха, а сиюминутной невозможностью удовлетворения актуальной потребности в спиртном или наркотическом препарате. В пресуициде такие индивиды были дисфоричны, злобны, агрессивны, малейшее сопротивление вызывало взрыв аффекта и реализацию суицидального намерения.

Суицидальное поведение может возникнуть на любой стадии алкоголизма. Различия при этом касаются типологии суицидальных действий: для первой (инициальной) стадии более характерен суицид манипулятивного типа; для второй (развернутой) – истинные покушения по типу избежания, самонаказания и отказа; на третьей же стадии, связанной с алкогольной деградацией, преобладают демонстративно–шантажные формы поведения.

Экспериментальные клинико-психологические исследования личностных особенностей больных алкоголизмом с суицидальными попытками (по сравнению с больными алкоголизмом без попыток) позволили выявить такие типичные характеристики, как повышенный конформизм, склонность к зависимости и подчиненности, пассивность, значительные расхождения идеального и реального Я-образа, низкая самооценка, в повседневной жизни – «движение по линии наименьшего сопротивления», амбивалентность в стремлении к самовыражению, проявление чуждых личности больного реакций в состоянии алкогольного опьянения. Несмотря на склонность к конформизму у больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями, у них выявляется пониженная способность к компромиссам в критических ситуациях. Для больных же алкоголизмом без суицидального поведения (по сравнению с больными с такими попытками) более характерны: позитивная самооценка, сходство между идеальным и реальным Я-образом, низкая способность понимания своих желаний и чувств, неспособность к самоанализу, стремление показать себя в лучшем свете, отсутствие адекватной оценки своего болезненного состояния.

Алкоголизация больных с суицидальным поведением носит злокачественный характер и характеризуется повышенной агрессивностью в состоянии алкогольного опьянения, высоким уровнем астенизации и депрессии в абстиненции. При этом, как отмечают многие авторы, необходимость преодоления в процессе терапии не критичности больных алкоголизмом по отношению к заболеванию может обусловить восприятие больными алкоголизмом с суицидальными тенденциями отрицательных последствий их пьянства, породить чувство безысходности в жизни и привести к повторному суициду. Следовательно, необходимыми оказываются специальные психотерапевтические техники. По всеобщему распространенному мнению, оказание помощи зависимым суицидентам требует совместных усилий нарколога, суицидолога, психотерапевта, социолога, юриста и педагога. Если удельный вес психотравмы в структуре суицидального конфликта высок, то кроме выявления мотивов суицидального поведения возможно применение семейной терапии, а также помощь в решении профессиональных конфликтов.

Однако на суицидальное поведение влияет не только алкоголизм, но и эпизодическое употребление алкоголя, выступающее как толчок к суициду. В

период алкогольной интоксикации в одних случаях реализуется имевшееся ранее намерение «не жить», а в других – суицидальный акт развивается импульсивно (по малейшему поводу). Демонстративные попытки часто «переигрываются» до летального исхода. Похмелье, по мнению многих авторов, также суицидогенно на фоне депрессии и других аффективных нарушений.

По статистике, более 60 % аутоагрессивных актов совершается в состоянии алкогольного опьянения. При этом наиболее частый мотив – семейные конфликты, а более высокому суицидальному риску подвержены холостые и разведенные. Существует несколько вариантов соотношения суицидального поведения и приема алкоголя [А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1981]:

1. Суицидальные тенденции и решение об их реализации возникают до приема алкоголя для облегчения реализации.

2. Алкогольное опьянение предшествовало появлению суицидальных тенденций (по следующим схемам):

а) конфликт – прием алкоголя – возникновение суицидального мотива – суицидальные действия;

б) алкогольное опьянение – конфликт – суицидальный мотив – суицидальные действия.

Суицидальное поведение при алкоголизме определяется особенностями алкогольной психопатизации личности, выраженностью патологического влечения к алкоголю и личностной значимостью микросоциального конфликта. Причем чем меньше выражены черты алкогольной деградации личности (алкоголизм I–II степени), тем выше риск истинного самоубийства.

Э. А. Чомарян выделяет следующие типы алкогольного опьянения:

1. *Агрессивно-эксплозивный тип (употребление алкоголя 1–2 раза в месяц или реже).* Длительность пресуицидального периода при этом типе – от нескольких секунд до 1–2 минут. Характерна эйфория, быстро сменяющаяся недовольством, раздражительностью, готовностью к вспышке. Часто возникает конфликт с окружающими, гетероагрессия резко переключается на аутоагрессию. В постсуициде воспоминания сохраняются полностью.

2. *Депрессивный тип (3–4 раза в месяц).* Суициду предшествует длительная психотравмирующая ситуация, конфликт. Алкоголь принимается уже после суицидального замысла для облегчения его исполнения. Длительность пресуицида – от нескольких часов до нескольких суток. Характерно снижение эмоционального фона, тоска. В постсуициде эти индивиды продолжают высказывать суицидальные намерения.

3. *Дисфорический тип (4–6 раз в месяц).* Конфликт возникает в состоянии опьянения. Пресуицид – от нескольких секунд до минуты. Характерна кратковременная эйфория, за которой следует злобная тоска и потребность в агрессивной разрядке, при этом гетероагрессия переходит в аутоагрессию. В постсуициде отмечается готовность к повторению.

4. *Истерический тип (8–10 раз в месяц).* Конфликт возникает в состоянии опьянения. Длительность пресуицида – от нескольких секунд до 3 минут. Суицидальная попытка носит демонстративно-шантажный характер.

Эмоциональный фон при этом типе нестабильный. Постсуицид до конца опьянения – буйный, демонстративный.

Рассматривая роль алкогольной зависимости в генезе и феноменологии суицидального поведения, А. Ю. Мягков, И. В. Журавлева, С. Л. Журавлева отмечают, что уровень суицидальной активности у лиц с синдромом зависимости в 50 раз выше, чем в общей популяции. 25–50 % всех суицидов связаны с алкоголизацией. Пик суицидальных попыток среди больных хроническим алкоголизмом приходится на 25–40 лет.

На первой стадии хронического алкоголизма преобладают истинные суициды. На этой стадии заболевания больные алкоголизмом, как и здоровые люди, склонны к образованию суицидогенных патологических и непатологических реакций в ответ на социальную дезадаптацию, которая в этот период проявляется в виде конфликтов в семье, на работе и может приобретать суицидогенный характер. Особенно опасны периоды возникновения реактивных депрессий, когда вероятность завершённых суицидов максимальна. Пресуицидальный период у этих пациентов длителен, они тщательно продумывают способы реализации суицида и меры, исключающие оказание помощи.

На второй стадии алкоголизма помимо истинных суицидальных попыток возможны и демонстративно-шантажные. Истинные суицидальные попытки совершаются, как правило, мужчинами в состоянии абстиненции, которая сопровождается рядом психопатологических феноменов (дисфорический, тоскливо-депрессивный, тревожно-депрессивный аффект, идеи самообвинения). Суицидальную готовность потенцируют также конфликтные ситуации в семье и на работе (а часто и потеря семьи и работы), нарастающие проблемы со здоровьем (особенно сексуальные расстройства), а также возникающие проблемы с законом. Истинные суицидальные попытки совершаются этими больными чаще ночью или ранним утром путем повешения. Демонстративно-шантажные суицидальные действия чаще совершаются женщинами с целью вымогательства. Они совершаются в присутствии посторонних и чаще всего бывают незавершёнными.

На третьей стадии алкоголизма нарастает деградация личности и явления вторичной наркотической психопатизации. Суицидальная активность постепенно угасает, уступая место агрессивным тенденциям. Среди суицидальных попыток доминируют демонстративно-шантажные.