

Р.В. Бисалиев

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЗАВИСИМОСТИ (МАТЕРИ АДДИКТИВНЫХ БОЛЬНЫХ) В СОЧЕТАНИИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

В статье описываются клинические особенности созависимости сочетающейся с суицидальным поведением. С этой целью обследовано 28 матерей с суицидальным поведением и 74 матери без суицидального поведения. В целом суицидальное поведение усугубляет течение созависимости.

Определение клинико-динамических особенностей на различных этапах течения созависимости в сочетании с суицидальным поведением диктует необходимость использования психопатологических критериев, имеющих прогностическое значение при внедрении дифференцированных методов профилактики, психофармакотерапии и психотерапии.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, созависимость.

R.V. Bisaliev

THE CLINICAL FEATURES OF CODEPENDENCE (MOTHERS OF ADDICTIVE PATIENTS) IN COMBINATION WITH SUICIDAL BEHAVIOUR

The clinical feature of codependence combined with suicidal behaviour are described. 28 mothers with suicidal behaviour and 74 mothers without suicidal behaviour were investigated. As a whole the suicidal behaviour aggravates current codependence.

Definition of clinic and dynamic features at various stages of current codependence in the combination with suicidal behaviour dictates necessity of usage of the psychopathological criteria having forecast value in introduction of differentiated methods of preventive therapy, psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: psychiatry, narcology, suicidal behaviour, codependence.

Анализ данных официальной статистики по распространенности аддиктивных расстройств иллюстрирует рост суицидальной смертности среди данного контингента лиц [6, 7, 9]. Однако эти расстройства не проходят изолированно, так как в болезненный круг проблем оказываются вовлеченными ближайшее микросоциальное (семейное) окружение. Последние публикации посвящены изучению психических расстройств у родственников (матерей, жен, детей) аддиктивных больных [2, 4, 8]. Актуальность исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с созависимостью медико-социальных проблем. Одними из наименее изученных являются вопросы, отражающие психопатологические особенности феномена созависимости у матерей аддиктивных больных, их суицидальную активность.

Целью исследования явилось изучение и описание клинических особенностей созависимости (матери аддиктивных больных) в сочетании с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Обследовано 102 матери, сыновья и дочери которых больны алкогольной, опиатной и игровой зависимостью, из них матерей, «взрослые» дети которых больны алкоголизмом – 37 человек (36,3%); опиатной наркоманией – 34 человека (33,3%); игровой зависимостью – 31 человек (30,4%). Возраст женщин варьировал от 38 до 60 лет, средний возраст 47,6 лет. Согласно мнению В.Д. Москаленко [4], принципиальных отличий проявлений созависимости у членов семьи, чьи близкие родственники больны аддиктивными расстройствами, не обнаружено. Это и позволило объединить в одну группу матерей вне зависимости от заболевания у их больных сыновей и дочерей.

В соответствии с поставленной целью респонденты были поделены на две группы: первая (основная) группа – матери аддиктивных больных с суицидальным поведением (МС); вторая группа (сравнения) – матери больных без суицидального поведения (МAB).

В первую группу вошли 28 человек (27,5%). Вторую группу составили 74 человека (72,5%). Длительность созависимости, то есть проживание в семье с аддиктивным больным была от 4 до 18 лет и составила в среднем 9,9 лет.

Критерии исключения: 1) возраст более 60-ти лет; 2) психические и поведенческие нарушения, вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), в том числе у мужей; 3) эндогенные психические заболевания (шизофрения и другие бредовые расстройства – F20-F23); 4) острые психотические состояния; 5) тяжелые органические поражения центральной нервной системы (F00-F005, F07-F09); 6) умственная недостаточность (легкая и умеренная) (F70; F71); 6) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Статистическая обработка материала проведена с помощью программного пакета Statistica 6.0. Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 -Пирсона. Критерий χ^2 -

Пирсона позволяет сравнивать распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально 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. 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 [5].

Результаты и их обсуждение. Обнаружены соматические заболевания, впервые появившиеся вслед за психогенией (табл. 1).

Таблица 1

Структура соматических расстройств у матерей аддиктивных больных

Соматические заболевания	I группа (МС), n=28		II группа (МАН), 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

Как видно из табл. 1 соматические расстройства в группе 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 коррелировала 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 аддикций, соматические нарушения подвергались значительной редукции. Этот факт позволяет отнести заболевания, приведенные в таблице к психосоматическим. Достоверность констатировалась между женщинами сравниваемых групп по гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с преобладанием их в группе матерей с суицидальным поведением (табл. 2).

Таблица 2

Результаты статистических данных. Соматические заболевания

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
Гипертоническая болезнь	8,106	0,004
Ишемическая болезнь сердца	0,504	0,47
Язвенная болезнь	8,169	0,04
Мигрень	1,17	0,27
Нейродермит	1,17	0,27

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$

Невозможность взять ситуацию под контроль, тягостность, неопределенность, тревожность, фрустрированность и продолжительность психотравмы актуализировали у матерей негативные, в том числе суицидальные тенденции. Вместе с тем, они пытались длительно подавлять отрицательные эмоции: «На душе плохо, возьму себя в руки», «Стараюсь никому не рассказывать, доживу ли до хороших дней, в чем я виновата?» Однако неотрагированные эмоции разряжались, на наш взгляд, в соматовегетативных нарушениях: головные боли, головокружения, учащенные сердцебиения, колебания артериального давления, кардиалгии, вазомоторные реакции (повышенная потливость, чувство жара или онемения), дисфункции желудочно-кишечного тракта, нарушения пищевого поведения и сна (табл. 3).

Отмечено, что неразрешенный конфликт порождает целую цепочку последовательных, сменяющих друг друга состояний: эмоциональное напряжение, тревогу, депрессию, конверсию, репрессию на орган, проявляющуюся в виде функциональных отклонений с последующим возможным переходом в органическое заболевание [11]. В свою очередь длительное эмоциональное напряжение обуславливает истощение адаптивных возможностей, прорыва барьера психической адаптации [1] и хронификацию висцеро-вегетативных расстройств.

Таблица 3

Структура соматовегетативных нарушений у матерей аддиктивных больных

Симптомы	I группа (МС), n=28		II группа (МАО), 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

Обработка результатов по соматовегетативным расстройствам представлена в таблице 4.

Таблица 4

Результаты статистических данных. Соматовегетативные нарушения

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
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

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

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. Учитывая, что феномен созависимости проявляется невротическими и психопатологическими расстройствами, нами при изучении клинических особенностей созависимости у матерей за основу была взята динамика стрессогенных расстройств, предложенная Ю.В. Добровольской [3]. 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 три-четыре 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 больных, обуславливали у их 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, у них констатировалась выраженная жертвенность поведения. На лечение своего ребенка матери тратили большие суммы денег в ущерб своей семье, постоянно недосыпали, нарушали устоявшийся годами режим питания, перестали следить за своим внешним видом. По мнению некоторых авторов, у родителей больных детей включаются защитные психические механизмы в виде игнорирования медицинского диагноза и рекомендаций врача. Этот часто встречающийся вариант ведет родителей к постоянным консультациям у различных специалистов на протяжении длительного времени, к поискам магических средств, неоправданной трате больших денежных средств, истощающих финансовые ресурсы семьи [12]. На наш взгляд,

пренебрежение врачебными рекомендациями, сниженная забота о своем здоровье есть проявление латентной формы аутоагрессивного поведения.

Во втором (от четырех месяцев до одного года) и третьем периодах (от 1,5 лет и более) были отмечены ряд новых качественных особенностей динамики психогенных расстройств, прослеживалась тенденция к количественному и качественному усложнению клинических феноменов. Психопатологические расстройства определялись рамками депрессивного и истерического синдрома (табл. 5).

Таблица 5

Структура психических нарушений у матерей аддиктивных больных

Синдромы	I группа (МС), n=28		II группа (МАН), 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

Депрессивная симптоматика характеризовалась гипотимным аффектом, неглубоким чувством тоски, плаксивостью, снижением аппетита и активности при выполнении домашних и профессиональных обязанностей, утратой интересов, избеганием привычных контактов, телефонных разговоров. Особенностью депрессивных расстройств у матерей с суицидальным поведением было наличие идей самообвинения, самоуничижения, чувства вины. Они считали, что «недосмотрели», не уделяли должного внимания к ребенку. Состояние депрессии сопровождалось болями в области сердца, колебаниями артериального давления, головокружением потливостью, расстройствами желудочно-кишечного тракта. Сновидения были кошмарного и суицидального характера: «Он умер, и я пошла и повесилась». Пессимизм становился устойчивой личностной особенностью.

Были выявлены истерические расстройства. 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 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, предъявляли претензии в адрес ребенка и своих близких родственников. Матери предъявляли жалобы на неприятные и болезненные ощущения в области сердца и других частях тела. Среди соматовегетативных нарушений отмечались головные боли, периодические спазмы в горле «ком в горле».

Многообразие психогенных воздействий в современном мире сопровождается ростом числа аффективных расстройств, особенно среди женщин [10]. В условиях длительной психотравмы, у части матерей обеих групп выявлялись неустойчивость настроения с вспышками раздражительности, гнева, обиды (21,4% и 47,3%). 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 обычно сопровождалось колебаниями артериального давления, головными болями, сухостью во рту, вазомоторными реакциями (чувство жара или повышенная потливость).

Обработка результатов по психическим расстройствам представлена в таблице 6.

Таблица 6

Результаты статистических данных. Психические нарушения

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
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 $p \leq 0,05$

Заключение. Таким образом, у матерей аддиктивных больных клиническая картина психопатологических феноменов представлена депрессивным, истерическим и эксплозивным синдромами. При этом психические расстройства достигали невротического регистра. У матерей с суицидальным поведением преобладали депрессивные и истерические расстройства. Развитие этих расстройств имеет тесную связь с психогениями.

Среди психосоматических заболеваний у матерей с суицидальным поведением преобладали 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.

Клиническая выраженность психических и соматовегетативных расстройств в структуре созависимости находится в реципрокных отношениях с клиническими особенностями аддиктивной патологии. Отмечается перенос невротических стилей поведения на иные сферы жизнедеятельности. Длительное пребывание матерей в актуальной и эмоционально значимой психотравмирующей ситуации, выступающей в качестве дистресса и корреспондирующей со степенью выраженности психопатологической симптоматики, позволяют квалифицировать психические расстройства как пролонгированные невротические реакции и невротические состояния депрессивного, истероформного и эксплозивного типов с соматоформными проявлениями.

Полученные результаты могут быть полезны для разработки целенаправленных эффективных программ профилактики и коррекции психических расстройств и суицидального поведения у матерей аддиктивных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Состояние психической дизадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Ахметшина Р.Р. Состояние здоровья и особенности медицинской реабилитации подростков, родители которых страдают алкоголизмом: дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2003. – 136 с.
3. Добровольская Ю.В. Пограничные психические расстройства у матерей наркозависимых подростков: дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2005. – 156 с.
4. Москаленко В.Д. Взрослые дети больных зависимостями – группа множественного риска // Наркология. – 2009. – № 2. – С. 76-84.
5. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
6. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дис. ... канд. мед. наук. – Чита, 2007. – 140 с.
7. Солдаткин В.А. Криминогенность, виктимность и суицидогенность при патологическом влечении к азартным играм // Вопросы наркологии. – 2009. – № 3. – С. 52-59.
8. Чирко В.В., Демина М.В. Родители больных наркоманией: психопатология созависимости (1 сообщение) // Вопросы наркологии. – 2005. – № 2. – С. 19-29.
9. Шемчук Н.В. Патологическое влечение к азартным играм в структуре сочетанной психической патологии // Вопросы наркологии. – 2007. – № 4. – С. 66-72.
10. Kohen D. Psychiatric services for women. Women and mental health. – London, 2000. – P. 218-232.
11. Luban-Plozza B., Poldinger W. Psychosomatic disorders in general practice. Theory and experience. – Basel: Roche, 1985. – 292 p.
12. Smari J., Arason E., Hafsiensson H., Ingimarsson S. Unemployment, coping and psychological distress // Scan. J. Psychol. – 1997. – Vol. 38, № 2. – P. 151-156.

Бисалиев Рафаэль Валерьевич, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя наркологического учебно-научно-лечебного центра ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414004, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@asnranet.ru