

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РИСКОВАННОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

Жаранков К.С.

УО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»
г. Минск, Беларусь

Чрезвычайно актуальной на сегодняшний день является проблема связи самоубийств с алкоголизацией населения. При этом особую значимость приобретают алкогольные проблемы в сильно пьющей стране. В РБ, по-видимому, связь между суицидами и потреблением алкоголя существовала всегда.

По мнению исследователей, высокий уровень алкоголизации можно рассматривать как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, чем, в сущности, и является суицид, а не как собственно причину роста самоубийств. При этом такая взаимосвязь не является прямолинейной, а прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению. [1].

В отношении определения и критериев термина «парасуицид и попытка суицида» предлагаются рекомендации ВОЗ 1982 года.

Согласно этим рекомендациям:

– понятия «парасуицид» и «суицидальная попытка» использовались в едином значении;

– под термином «парасуицид» понималось «не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, совершённое с целью реализации желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий».

В сферу парасуицида включаются:

1) любые намеренные самоповреждения (самоотравления), направленные на изменение ситуации;

2) акты, прерванные до реального самоповреждения, если был очевиден фатальный исход в случае отсутствия постороннего вмешательства (например, суицидальные мысли и высказывания, не повлекшие за собой физического вреда).

Из сферы парасуицида исключаются:

– ненамеренные самоповреждения и самоотравления:

1) случайная передозировка (алкоголя, наркотиков);

2) действия лиц в состоянии тяжёлого алкогольного опьянения (например, падение в воду или под движущийся автотранспорт), если не было свидетельств намеренности поступка;

3) самоповреждения лиц, которые не могли понимать значения и последствий собственных действий на момент поступка из-за высокой степени слабоумия или тяжёлого психического расстройства;

4) действия лиц по некоторым психопатологическим мотивам (например, пациент, уверовав в собственное бессмертие, улёгся на железнодорожное полотно или выпрыгнул из окна).

В 1 стадии алкоголизма более часто наблюдаются завершённые суициды. Особенно опасны у таких больных депрессии, при которых суицидальные акты совершаются продуманно, с принятием мер, исключающих оказание помощи.

Во 2 стадии алкогольной зависимости, наряду с продуманными суицидальными попытками, появляются и импульсивные, с более коротким пресуицидальным периодом. Первые совершаются, как правило, в состоянии абстиненции с присущим ей тоскливо-раздражительным, дисфорическим аффектом, идеями самообвинения и выраженной астенизацией. Особенно актуальное значение приобретают такие психотравмирующие моменты, как утрата профессионального престижа, конфликтная ситуация в семье, потеря семьи, сексуальные расстройства. Дальнейшее нарастание явлений деградации и психопатизации постепенно приводит к преобладанию агрессивных тенденций над суицидальными, увеличивается частота импульсивных суицидальных действий.

На 3 стадии алкоголизма авторы отмечают появление невыраженных депрессий с бредовыми идеями, сменяющимися, при нарастании органического поражения ЦНС (токсического, сосудистого генеза), психотическими и депрессивными состояниями с суицидальными попытками, которые в силу интеллектуального снижения могут закончиться летально.

Динамика эмоциональных расстройств, развивающихся вследствие хронического злоупотребления алкоголем, а также появление стойких изменений личности, «стандартизованных» форм поведения изучаемой категории лиц, включая и суицидальное поведение, позволило выделить понятие вторичного алкогольного расстройства личности. Под этим термином понимается возникновение специфических эмоционально-волевых расстройств у преморбидно здоровых лиц и лиц с акцентуациями характера в процессе хронического злоупотребления алкоголем, которые характеризуются бесконтрольностью влечения, недержанием аффекта с ярко выраженной тенденцией к девиантным формам поведения. Вторичное алкогольное расстройство личности определяется у 64 % больных алкогольной зависимостью, совершивших парасуицид.

Существует множество теорий, объясняющих связь между употреблением алкоголя и суицидальным поведением

1) первичным этиологическим фактором, обуславливающим как злоупотребление алкоголем, так и суицидальное поведение, может быть депрессия; 2) злоупотребление алкоголем приводит к депрессии, что повышает риск суицида; 3) алкоголизм вызывает психосоциальную дезадаптацию, которая увеличивает риск суицидального поведения [2].

Тесная связь между депрессиями и алкоголизмом давно уже не вызывает сомнений. Считается, что алкогольная депрессия – одна из

наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем.

В 1 стадии алкогольной зависимости преобладают депрессии с астеническим компонентом. В механизме их возникновения играют роль различные психотравмирующие ситуации, как правило, связанные с профессиональной или семейной сферами. Однако эти конфликты носят характер провоцирующего момента, запускающего аффективную патологию. Иногда удается проследить зависимость глубины депрессии от алкогольного опьянения, когда в состоянии «комфортного» опьянения она практически купируется и появляется вновь или усиливается на спаде опьянения. Такие особенности описываемого состояния, как наличие тревожности в структуре депрессии, колебания глубины депрессии с мучительностью ее нарастания, длительность субдепрессивных расстройств, наличие постоянного внутриличностного конфликта, значительно повышают суицидальный риск.

Во 2 стадии алкогольной зависимости, при присоединении алкогольного абстинентного синдрома, депрессивные расстройства претерпевают значительную трансформацию, которая заключается в преобладании тревожного компонента депрессивных расстройств и появлении отдельных фобических эпизодов, дисфории, ипохондрических расстройств. Гипотимность, существовавшая ранее как постоянный фон, приобретает цикличность, увязанную с наркотическим циклом. В этой же стадии алкоголь утрачивает способность полностью купировать депрессию, даже на пике опьянения могут сохраняться тревожность, обидчивость, подозрительность. Поэтому углубление депрессивной симптоматики, расширение спектра аффективных расстройств на 2 стадии заболевания приводят к возрастанию риска суицидальных действий.

Во время 3 стадии алкоголизма депрессивная симптоматика становится фрагментарной, мозаичной. Сосуществуют и сменяют друг друга во времени три ее типа: 1) монотонная гипотимия с дисфорическими реакциями; 2) кратковременные депрессивные реакции (чаще в ответ на угрозу прервать алкоголизацию); 3) депрессии в качестве переходного синдрома в пре- или постпсихотическом периоде. [1].

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что депрессия является одним из синдромов алкоголизма, но, к сожалению, она до сих пор не отнесена непосредственно к клинике алкогольной зависимости.

Ряд исследователей высказывает мнение о наличии особого суицидогенного типа алкоголизма. Это так называемый второй тип алкоголизма, который развивается до 25 лет у антисоциальных и импульсивных личностей, склонных к агрессии, психически зависимых от эйфоризирующего действия алкоголя, имеющих низкое содержание метаболитов серотонина и дофамина в спинномозговой жидкости. Установлено, что этот тип алкоголизма наиболее суицидоопасен. Отмечается значимость при совершении суицидальных попыток и больными алкоголизмом не только непосредственно периода запоя или

состояния алкогольного абстинентного синдрома, но и алкогольных психозов. Суицидальные тенденции при алкогольных психозах обусловлены императивным характером слуховых галлюцинаций, зрительными обманами, бредовыми переживаниями, аффектами страха и тревоги.

Следует остановиться на трех типах предикторов аутоагрессивного поведения при алкогольной зависимости.

1. Предикторы, связанные с преморбидным статусом: а) наличие клинических признаков депрессии, которые встречаются на протяжении жизни у больных алкоголизмом в 18—52 % против 6—7 % в общей популяции; б) наличие акцентуации или расстройств личности диссоциального, пограничного, зависимого спектров; в) наличие в анамнезе указаний на собственные аутоагрессивные действия или аутоагрессивные действия родственников.

2. Предикторы, связанные с клинической картиной алкоголизма: а) вторичное алкогольное расстройство личности; б) личностные черты, отражающие дисфоричность, сензитивность и психическую хрупкость; в) раннее начало алкоголизации с последующей высокой прогрессивностью заболевания; г) наличие психотического алкоголизма; д) наличие «алкогольной эпилепсии» с развитием на фоне алкогольного абстинентного синдрома различных эпилептиформных расстройств (судорожных приступов с потерей и без потери сознания, миоклоний или тонических эквивалентов, обморочных состояний, измененных форм опьянения по типу сумеречного состояния сознания, ж) развитие на фоне опьянения или на фоне алкогольного абстинентного синдрома вторичной (токсической) депрессии; з) сочетанный с приемом алкоголя прием наркотиков, в особенности марихуаны, галлюциногенов и опиатов, нежели барбитуратов, амфетамина и кокаина.

3. Предикторы, связанные с жизненными обстоятельствами перед аутоагрессией: а) угроза развода, развод, сепарация; б) наличие ситуации значимой утраты и переживание траура в течение предшествующего аутоагрессивному акту года; в) ситуации, связанные с переживанием чувства «токсического» стыда.

Заканчивая, необходимо отметить, что тесная связь между данными явлениями уже давно не вызывает сомнений, а ряд суицидологов рассматривает алкоголизм как хронический суицид. Поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены не только на лиц, страдающих алкогольной зависимостью, у которых выявлены классические проявления суицидальности, но и на тех, чья аутоагрессивность представлена пока лишь только фактом алкоголизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гамойленко А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Чита : Изд – во «Иван Фёдоров», 2009. – С. 112, 125-127.
2. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия : пер. с англ. / Г. И. Каплан, Б. Дж.

- Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.
3. The fall downs of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. A. Schmidtke, D. De Leo, U. Bille – Brache et al. // Eur. Psychiatry. – 1998. – Vol. 13, suppl. 4. – P. 142 – 143.
 4. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю. Е. Разводовский // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 2. – С. 49

АЛГОРИТМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СВД

Зиматкина О.С., Ляликов С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Беларусь

Проблема соматоформных расстройств (СР) и, в частности, соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) является одной из важнейших в современной медицине. С одной стороны, это проблема общемедицинская, поскольку в ней сочетаются интернистский, психиатрический и психологический аспекты. С другой стороны, как в психиатрии, так и в соматической медицине они вызывают значительные трудности в изучении. СР выделяются среди других заболеваний в отношении их особой значимости для личности больного и затрат на медицинское обслуживание [1]. Согласно имеющимся в литературе данным, в настоящее время СР широко распространены среди взрослого населения, в том числе и среди считающих себя практически здоровыми: в популяции вегетативные нарушения различной степени выраженности, начиная с пубертатного возраста, встречаются в 25-80% наблюдений [2, 3, 4].

В медицинской практике в отношении детей на сегодняшний день существует 2 основных подхода при постановке диагноза СВД-педиатрический (интернистический) и психиатрический. Педиатры опираются в основном на объективные клинические проявления расстройства, обусловленные нарушением баланса симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной регуляции. Как правило, кодируется этот диагноз рубрикой G 90.8 согласно используемой в настоящее время МКБ 10 (СВД G). Психиатры и психотерапевты, в со своей стороны, во главу угла ставят субъективное отношение пациента к своему соматическому состоянию. Это, в первую очередь, наличие самых разнообразных жалоб со стороны органов и систем при отсутствии признаков их органического нарушения, а также серьезная озабоченность ребенка состоянием своего соматического здоровья. Психиатры и психотерапевты используют в основном рубрику F 45.3 согласно МКБ 10 [5] (СВД F). Таким образом, в настоящее время отсутствует согласованность между врачами различных специальностей,