

Иванов Д. А.

«ДЕТонирующая» роль алкоголя в суицидальных проявлениях

Рассматривается роль алкоголя как детонатора суицидальных действий. Формулируется суицидогенное сочетание формы и условий алкоголизации личности с предпочтительным ТИМом. На основании анализа совокупности суицидальных факторов возможны варианты реализации действенных суицидальных мер.

Ключевые слова: тип информационного метаболизма, самоубийство, форма алкогольного опьянения, вариант абстинентного синдрома.

Если физиологическое выражение воздействия алкоголя на центральную нервную систему ограничивается изменениями уровня процессов возбуждения и торможения, то спектр реагирования психики на алкоголь достаточно широк. Он зависит не столько от употребляемого количества алкоголя, сколько от функционального состояния психической сферы, а еще более — от характерологических особенностей личности. Неоспоримость данного постулата нацелила нас на исследования взаимоотношения роли ТИМа и суицидальной настроенности на фоне алкоголизации личности.

Помимо психогенных и соматогенных вредностей, как факторов риска самоубийств, особо необходимо выделить суицидальную роль алкоголизации с депрессивными проявлениями на этапах разовой интоксикации и в период формирования алкоголизма как болезни, которая ослабляет волю личности в борьбе за жизнь, отравляет её мышление мрачной рефлексией, экзистенциальными измышлениями.

На большом количестве анализов посмертных и прижизненных суицидальных актов мы убедились в роли алкоголя как пускового (детонирующего) или усиливающего фактора стремления к суицидальным действиям. По данным ВОЗ, около 50 % аутоагрессивных действий совершают люди, злоупотребляющие спиртными напитками.

Алкоголь актуализирует и закрепляет суицидальное намерение индивидуума, уменьшает его критику своего поведения, обостряет переживаемые ситуации, фиксируя на них суицидента. Алкоголь может импульсировать дремлющую латентную суицидально ассоциируемую активность, когда отщеплённые комплексы переживаний претворяются в действие.

Самоубийство алкоголика нельзя признать следствием осознания своей вины — такого не бывает.

Пьющие различаются как причинами алкоголизации, так и формой опьянения, — все это, безусловно, имеет отношение к ТИМу.

Разумеется, поведение личностей в состоянии алкогольного опьянения зависит от многих факторов (пола, возраста, социальной принадлежности, состояния здоровья и т. д.). Так, настроение выпившего человека может быть повышенным — до эйфорического, или пониженным — до депрессивного, а также неустойчивым, может зависеть от ситуации, легко ассоциирующей с отрицательными моментами переживаний из прошлой жизни, поведения окружающих, выплескивающих переживания прошлых обид, неприятностей. Естественно, здесь нужно учитывать и форму реагирования личности на алкоголь. Общеизвестно, что прием алкоголя в большинстве случаев лишь усиливает исходное настроение (до употребления алкоголя): в состоянии переутомления, плохого самочувствия — нередко вызывает сонливость, а при раздражительности, ситуационном понижении настроения — усиление этих явлений; «сильных людей делает еще более сильными, а слабых — еще более слабыми». Каждый человек (с любым ТИМом) может испытывать различные формы алкогольного опьянения, в том числе, как с положительными, так и с отрицательными эмоциями. Вместе с тем, образ мышления, склад характера, по-видимому, накладывают достаточно существенный отпечаток на поведение

выпившего человека или, иначе говоря, в какой-то степени определяют предрасположенность личности к определенной форме алкогольного опьянения.

Суицидогенными формами алкогольного опьянения, в первую очередь являются ажитированно-депрессивная (возбужденно-депрессивная), эксплозивная (взрывчатая) и дисфорическая (злобная), которые чаще всего, по нашим наблюдениям, встречаются у лиц с ТИМами ●□ (СЛЭ), ●▣ (СЭЭ) и ▣△ (ЭИЭ).

Характерность для определенных ТИМов тех или иных форм простого алкогольного опьянения (согласно нашей классификации), а также и атипичных форм (выделенных Э. С. Фельдманом в 1963 году, Г. В. Морозовым в 1983 году и другими авторами) нами наблюдалась на протяжении 6 лет на 270 личностях (вне зависимости от их стажа алкоголизации, но не достигших II-III стадии заболевания) в возрасте от 18 до 40 лет в состоянии опьянения легкой — средней степени тяжести (табл. 1).

Знание предпочтительной формы простого алкогольного опьянения каждого ТИМа может помочь прояснить их некоторые психофизиологические особенности. Этот вопрос требует самостоятельного изучения.

Таблица 1. Характерные формы алкогольного опьянения для лиц с разными ТИМами.

ТИМ	Кол-во лиц n	Форма алкогольного опьянения		Примечание
		С позитивными эмоциями	С негативными эмоциями	
		% от n соответствующего типа	% от n соответствующего типа	
▲□ (ИЛЭ)	17	Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению — 70,6.* Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 29,4.*		
○▣ (СЭИ)	16	Благодушная со склонностью к расслабленному поведению — 80,0.* Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 20,0.*		Тяга к употреблению алкоголя повышенная.
▣○ (ЭСЭ)	14	Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению — 71,4.* Возбужденно-эйфорическая с истерическими включениями и перепадами настроения, в т. ч. с элементами дурашливости (с гримасничаньем или кривлянием) — 28,6.**	Дисфорическая — 14,3.***	Алкоголизация не характерна.
□▲ (ЛИИ)	19	Благодушная со склонностью к расслабленному поведению — 78,9.* Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 21,0.*		Алкоголизация не характерна.
▣△ (ЭИЭ)	27	Истероидная, в том числе с перепадами настроения и/или с элементами дурашливости — 40,7.** Ажитированная — 33,3.** Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению — 25,9.*	Дисфорическая — 37,0.*** Депрессивная с тоской — 11,1.** Ажитированно-депрессивная с тревогой — 7,4.***	Тяга к алкоголизации высокая.
□● (ЛСИ)	15	Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению, в т. ч. с перепадами настроения — 86,7.* Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 13,3.*	Дисфорическая — 33,3.***	

ТИМ	Кол-во лиц п	Форма алкогольного опьянения		Примечание
		С позитивными эмоциями	С негативными эмоциями	
		% от п соответствующего типа	% от п соответствующего типа	
●□ (СЛЭ)	18	Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению, в т. ч. с перепадами настроения — 66,7.* Гипоманиакальная — 22,2.** Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 11,1.*	Эксплозивная — 16,7.*** Ажитированно-депрессивная — 11,1.***	Склонность к частому употреблению алкоголя.
△▣ (ИЭИ)	24	Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 45,8.* Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению, с колебаниями настроения, в т. ч. с элементами дурашливости — 33,3.* Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 20,8.*	Депрессивная с тоской — 16,7.** Эксплозивная — 8,3.***	Тяга к алкоголизации высокая.
▣● (ЭСИ)	11	Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 72,7.* Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 18,2.*	Дисфорическая — 9,1.***	Алкоголизация не свойственна.
■△ (ЛИЭ)	14	Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению — 42,8.* Ажитированно-эйфорическая — 21,4.** Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 14,3.*	Дисфорическая (21,4)***	Склонность к частому употреблению алкоголя
△■ (ИЛИ)	15	Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 80,0.* Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению, в т. ч. с элементами дурашливости — 20,0.*		Алкоголизация не характерна
●▣ (СЭЭ)	21	Истероидная с перепадами настроения — 52,4.** Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению — 47,6.*	Эксплозивная — 28,6.***	Склонность к частому употреблению алкоголя
■○ (ЛСЭ)	9	Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 88,9.*	Дисфорическая — 11,1.***	
▣▲ (ЭИИ)	23	Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению, в т. ч. с колебаниями настроения и/или с элементами дурашливости — 65,2.* Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 34,8.*		Алкоголизация не свойственна
▲▣ (ИЭЭ)	20	Эйфорическая со склонностью к расторможенному поведению, с истерическими включениями, в т. ч. с элементами дурашливости — 60,0.* Эйфорическая со склонностью к раскрепощённому поведению — 40,0.*		Тяга к употреблению алкоголя повышенная
○■ (СЛИ)	7	Благодушная со склонностью к раскрепощённому поведению — 71,4.* Благодушная со склонностью к расслабленному поведению — 28,6.*		

* Обычные формы алкогольного опьянения:

- благодушная (*интровертная*) — блаженное, беззаботное, умиротворенное состояние с преимущественной направленностью внутрь себя;
- эйфорическая (*экстравертная*) — неадекватно повышенное, веселое, беззаботное настроение с преимущественной направленностью во вне.

Каждая из этих форм может подразделяться по степени подвижности мыслительно-двигательных процессов: благодушная — на расслабленную (малоподвижную) и раскрепощенную (умеренно подвижную), а эйфорическая — на раскрепощенную (умеренно подвижную) и расторможенную (повышенно подвижную).

** Атипичные (осложненные, отяжеленные) формы простого алкогольного опьянения:

- ажитированная — высокоподвижное, возбужденное поведение;
- гипоманиакальная (разновидность ажитированной формы) — безудержное поведение с неадекватно крайне повышенным настроением, сильными проявлениями эмоций, страстью;
- истероидная — театральное поведение с жадой самодемонстрации, стремлением любой ценой обратить на себя внимание;
- взрывчатая — возбудимое, взрывчатое поведение с склонностью к импульсивным агрессивным действиям;
- дисфорическая — тоскливо-злобное, мрачное настроение, с гневной раздражительностью (иногда без повода) и склонностью к агрессивным поступкам;
- депрессивная — пониженное, мрачное, подавленное настроение;
- ажитированно-депрессивная (разновидность депрессивной формы) — когда в двигательной сфере вместо заторможенности наблюдается возбуждение с тревогой и склонностью к самоубийству.

*** Наиболее суицидогенные формы алкогольного опьянения (из числа атипичных)

Учитывая, что атипичные формы простого опьянения преимущественно наблюдаются у лиц соматически ослабленных (в т. ч. различного рода интоксикациями), перенесших травмы головного мозга и т. д., то возможно предположить, что преобладание атипичного опьянения у представителей ТИМов ■△(ЭИЭ), ●□(СЛЭ) и ●□(СЭЭ) обусловлено и тем, что в силу своих характерологических особенностей они нередко попадают в такие условия, в которых с легкостью получают черепно-мозговые травмы (где их невозможно избежать), т. е. «ищут и находят» их. Причём, по нашим наблюдениям, травмированные лица с аномальным характером, «искатели приключений», обнаруживают более тяжелые последствия черепно-мозговых травм, чем случайные травматик, а это непосредственно отражается и на характере изменённости алкогольного опьянения.

Острая алкогольная интоксикация наиболее часто имеет суицидогенное значение у акцентуированных и психопатических лиц, особенно в молодом возрасте, с предшествующей невротизацией, психопатоподобными и невротоподобными состояниями органического генеза, пограничной умственной недостаточностью, психическим инфантилизмом. Н. Е. Бачериков в 1989 году отмечает, что среди таких лиц суициды составляют 91 %.

Вариант абстинентного синдрома также должен учитываться в плане возможного толчка (фона) к суицидальному действию. По нашему мнению, каждая личность имеет природную предрасположенность к одному из двух, выделенных нами вариантов абстинентного синдрома (с более выраженным психическим или с более выраженным физическим компонентом). Учитывая, что общепринято рассматривать психическую (навязчивое влечение) и физическую (компульсивное влечение) зависимости организма от алкоголя лишь в рамках соответственно более раннего и более позднего этапов алкоголизации, важно отметить, что эти подходы не исключают, а дополняют друг друга.

Согласно нашим наблюдениям, суицидогенный вариант абстинентного синдрома — с выраженным психическим компонентом (немотивированный страх, тревога, тоска, чувство вины, подавленное настроение и т. п.) — наиболее благоприятно развивается на почве эмоционального и отвлеченного мышления с развитым воображением и мечтательностью (с сильными этической и интуитивной функциями), обнаруживался у большинства обладателей ТИМов ■△(ЭИЭ),

△■ (ИЭИ), ▢▲ (ЭИИ) и ▲▢ (ИЭЭ). В основе алкоголизации у этих лиц зачастую лежит жажда общения, потребность в положительных эмоциях и т. п., т. е. в большей степени — тяга к психическому удовлетворению.

А менее суицидальноопасный вариант абстинентного синдрома — с выраженным физическим компонентом (слабость, недомогание, тошнота, головная боль, сердцебиение и т. п.) нами наблюдался у лиц с конкретным складом мышления (с ведущей сенсорной функцией), у многих представителей ТИМов ●▢ (СЭЭ), ○■ (СЭИ), □● (ЛСИ), ■○ (ЛСЭ), а также ■△ (ЛИЭ). Данные лица нуждаются в ощущениях физического комфорта. Именно о них иногда на бытовом языке говорят, что «они пьют и не спиваются».

В плане суицидального риска необходима настороженность и в случаях хронической алкоголизации родителей, в особенности с суицидальными тенденциями, т. к. они одновременно являются поставщиками биологических факторов риска и личностями, формирующими соответствующую среду социальных и культурных предпосылок. В этом заключается биопсихосоциальное единство при суицидогениях на фоне алкоголизма. Сама же алкоголизация потомков, на наш взгляд, в первую очередь обусловлена не пагубным примером родителей (как это принято было считать до сих пор), а тем унаследованным комплексом черт характера и свойств нервной системы, который в свое время самих родителей привёл к алкоголизму (например, завышенные притязания, жажда самодемонстрации в сочетании с низкими возможностями, а также слабая воля, неуравновешенность, нескритичность, нерешительность и т. д.).

В заключение следует отметить, что знание ТИМа, более подверженных суицидогениям на фоне алкоголизации, даёт возможность глубже разобраться в совокупности суицидальных факторов и реализовать действенные профилактические меры.

Л и т е р а т у р а :

1. Алкоголизм (руководство для врачей). Под ред. Г. В. Морозова и др. — М. Медицина. 1983.
2. Клиническая психиатрия. Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. — К. Здоров'я. 1989.

Статья поступила в редакцию 17.07.1999