

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

СОМКИНА

Ольга Юрьевна

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

14.01.27 – Наркология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

Меринов Алексей

Владимирович, доктор

медицинских наук

Рязань – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТЕКСТЕ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	16
1.1 Современные особенности алкогольной зависимости у женщин.....	16
1.2. Алкогольная зависимость и аутоагрессивное поведение.....	21
1.3 Особенности аутоагрессивного поведения у женщин.....	27
1.4. Влияние супружеской сепарации на формирование и развитие аутоагрессивного поведения.....	32
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
2.1 Характеристика объектов исследования.....	36
2.2 Методология и методы проведения исследования.....	45
2.2.1 Принцип деления выборки на группы и организация исследования....	45
2.2.2 Характеристика методов исследования.....	45
ГЛАВА 3 АУТОАГРЕССИВНЫЕ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	51
3.1. Аутоагрессивность женщин, страдающих алкогольной зависимостью....	51
3.1.1 Представленность классических суицидальных паттернов в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью, и здоровых женщин.....	52
3.1.2 Несуицидальные аутоагрессивные паттерны у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.....	54
3.1.3 Представленность предикторов суицидального поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.....	57
3.1.4 Личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте их аутоагрессивного поведения...	59
3.2 Влияние расторжения брака на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью.....	61

3.2.1 Представленность классических (суицидальных) паттернов в сравнимых группах (замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью).....	62
3.2.2 Влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на представленность предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах.....	64
3.3.3 Влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на личностно-психологические особенности исследуемых групп.....	65
ГЛАВА 4 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНЫХ, ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	67
4.1 Представленность классических (суицидальных) паттернов в сравнимых группах (женщины и мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в брачных отношениях).....	67
4.2 Гендерные отличия несуйцидальных аутоагрессивных паттернов лиц, страдающих алкогольной зависимостью.....	69
4.3 Гендерные отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью.....	71
4.4 Сравнительная характеристика личностно-психологических особенностей мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью.....	74
4.5 Отличительные особенности наркологических и терапевтических показателей женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте их аутоагрессивного поведения.....	77
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	82
ВЫВОДЫ.....	90
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	91
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	92
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	116
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	118

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТЕКСТЕ

1. АЗ – алкогольная зависимость
2. КПСН – коэффициент просуицидальной напряженности

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Одной из наиболее серьезных и значимых проблем современного общества считается распространение алкогольной зависимости, что имеет крайне неблагоприятные социально-экономические и демографические последствия, являясь одной из наиболее значимых причин повышения смертности, заболеваемости и снижения трудоспособности [3; 7; 15; 24; 26; 33; 49; 58; 83; 102; 141; 159; 207]. Данные, полученные в ходе многочисленных исследований, убедительно доказывают связь между смертностью в популяции и средними показателями употребления алкоголя на душу населения [31; 35; 44; 54; 70; 160; 172; 211]. До 17% женской смертности, так или иначе, связано с употреблением алкоголя, у мужчин этот показатель выше и достигает 24% [6; 81; 144]. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкогольной зависимостью в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее [73; 84; 136; 137; 188; 209; 225]. Таким же было это соотношение и в России в середине 80-х годов: так в 1991 году оно было 1:9, а к 1995 году составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 [3; 88; 135; 198]. Из огромного количества причин изменения указанных пропорций наиболее выделяются следующие: рост экономической и моральной независимости женщин, соответственно вызывающий увеличение нервно-психических и физических нагрузок (стрессы, личностные затруднения и прочее) [35; 49; 142; 189; 206; 231].

Так или иначе, на современном этапе увеличение числа женщин, страдающих алкогольной зависимостью, стало клинической реальностью, социальные последствия которой становятся все более значимыми (в том числе, вклад их в суицидальные характеристики современного общества, что диктует необходимость изучения этого аспекта). Общеизвестно [15; 31; 59; 111; 114; 117; 137; 144], что алкогольная зависимость у женщин отличается более

поздним возрастом начала заболевания (от пяти до восьми лет позднее, чем, в среднем, у мужчин); более быстрым прогрессированием – устойчивая зависимость формируется, в среднем, после семи лет злоупотребления алкоголем и иными клинико-психологическими особенностями, что не может не отражаться на их аутоагрессивности, ассоциированной с наличием алкогольной зависимости, и специфических для суицидологической практики личностных особенностях.

Традиционно считается, что уровень заболеваемости алкогольной зависимостью и уровень самоубийств, как наиболее яркого примера аутоагрессивного поведения, являются важнейшими критериями благополучия любого общества [2; 11; 19; 29; 47; 60; 65; 146]. Алкогольная зависимость и ассоциированные с ней аутоагрессивные паттерны поведения представляют серьезную социальную и медицинскую проблему, существующую во всем мире и в нашей стране [8; 12; 16; 40; 62; 64; 145]. Большинство отечественных и зарубежных ученых отмечают прямую связь между ростом употребления алкоголя населением и уровнем самоубийств [4; 74; 88; 92; 143; 157; 200; 220].

Смертность от самоубийств по России в среднем составляет от 35-40 до 45-50 на 100000 населения [9; 20; 57]. Количество незавершенных суицидальных попыток, по данным зарубежных авторов, значительно больше и достигает от 100 до 800 на 100 тысяч населения, приблизительно лишь один из четырех парасуицидов попадает в публикацию под эгидой ВОЗ [154; 185; 201; 226]. При этом общий уровень насильственных смертей у населения в целом во многом определяется именно за счет показателей неблагоприятных референтных групп, таких, как страдающие алкогольной зависимостью, психическими расстройствами, наркоманиями [107; 110; 129].

Более того, говоря про аутоагрессивное поведение, обычно акцентируется внимание на суицидальных формах его реализации и опускаются цифры, характеризующие другие виды «неклассического» аутоагрессивного поведения, к которым относят любые действия, направленные на причинение себе вреда в соматической, социальной, профессиональной, семейной и морально-

нравственной сферах [2; 19; 146; 147]. Наиболее часто в качестве примера приводится смертность больных алкогольной зависимостью от бытового и производственного травматизма, дорожно-транспортных происшествий, ассоциированную с алкогольной зависимостью заболеваемость, асоциальный образ жизни, снижение профессионального статуса пьющих лиц [50; 51; 78; 99; 121].

Тем не менее, говоря о связанной с алкогольной зависимостью аутоагрессии (как суицидальной, так и несуйцидальной), в большинстве случаев подразумеваются именно мужчины. Однако в связи с отмеченным выше ростом заболеваемости у женщин образуется существенный теоретический и практический пробел знаний в отношении аутоагрессии у женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Игнорировать этот факт на современном этапе не представляется возможным, что и послужило основанием для настоящего исследования.

Существующие в настоящее время теории аутоагрессивной природы самой алкогольной зависимости, как варианта «хронического суицида» [61; 63; 69; 89; 123; 140], позволяют шире взглянуть на варианты алкогольной суицидальности в целом, а также изучить различные несуйцидальные варианты реализации аутоагрессивных импульсов [66; 68; 148], что позволит разработать эффективные подходы к снижению количества суицидов у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, и избежать просто описательного подхода.

Степень разработанности темы. К настоящему времени, связь алкогольной зависимости и суицидального поведения не вызывает сомнений, но большинство работ касается мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [17; 64; 67]. Алкогольная же зависимость у женщин по-прежнему продолжает оставаться социально значимой проблемой. И говоря про алкогольную смертность, в большинстве случаев подразумевается именно смерть пьющего мужчины трудоспособного возраста [18; 27; 39; 64]. В то же

время аутоагрессивная сфера у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, практически не изучена.

Безусловно, в целом в популяции уровень женского суицида ниже, чем мужского, тем не менее, женщины гораздо чаще предпринимают попытки свести счеты с жизнью, которые, безусловно, далеко не всегда остаются только попытками [9; 20; 57]. Национальные суицидологические показатели женщин, страдающих алкогольной зависимостью, на сегодняшний момент недостаточно изучены по ряду причин. И основной из них, является сложность установления «постфактум» связи фатального суицида или даже попытки с традиционно скрываемыми алкогольными проблемами у женщины.

Кроме того, к настоящему времени не изучено влияние расторжения брака на суицидологические характеристики в популяции женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Филогенетически обусловленная роль женщины как матери, хранительницы домашнего очага, безусловно, страдает при разрыве брачных отношений, что требует дальнейшего изучения в аспекте суицидологии.

Также неизвестна специфика аутоагрессивных проявлений у женщин в сравнении с хорошо изученным аналогичным спектром у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Это способно обогатить наркологическую суицидологию гендерными особенностями аутоагрессии при алкогольной зависимости.

Кроме того, не разработаны подходы к терапии алкогольной зависимости у женщин с учетом аутоагрессивной составляющей, создание которых (по аналогии с похожими, используемыми в наркологической практике у мужчин), возможно, позволит улучшить качество лечения алкогольной зависимости и снизить уровень аутоагрессивных проявлений.

Поэтому, исходя из цели настоящего исследования – выявления значимых для теории и практики особенностей аутоагрессивного поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью, – проведена исследовательская работа, направленная на изучение спектра

саморазрушающих паттернов поведения и предикторов аутоагрессивности у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

С учетом аутоагрессивной составляющей полученные данные позволяют говорить о выраженной аутоагрессивности изученного контингента женщин. Найденные закономерности позволяют более гибко строить терапевтический алгоритм с учетом антивитальных установок в декретированной группе респонденток.

Цель исследования – выявить особенности аутоагрессивного поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Задачи исследования:

1. Изучить суицидальную активность и представленность аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов у женщин, страдающих алкогольной зависимостью;

2. выявить суицидологически значимые личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью;

3. проанализировать взаимосвязь между расторжением брака и суицидологическими характеристиками женщин, страдающих алкогольной зависимостью;

4. определить гендерные особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в отношении риска развития аутоагрессивного поведения;

5. оценить целесообразность разработки индивидуального подхода к коррекции аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Научная новизна работы.

1. Проведено комплексное исследование структуры и распространенности аутоагрессивных феноменов, а также их клинико-анамнестических предикторов у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

2. Оценена аутоагрессивная сфера и личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3. Изучено влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на суицидологические характеристики данной категории женщин.

4. Проведена сравнительная оценка гендерных особенностей аутоагрессивных показателей и личностно-психологических особенностей в популяции лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

5. Научно обоснована целесообразность разработки мероприятий с целью персонифицированной коррекции аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Внедрение результатов. Результаты проведенного исследования внедрены в лечебно-профилактическую деятельность ГБУ Рязанской области «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» и в образовательную деятельность кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Личный вклад автора. Представленные в работе результаты исследований получены автором самостоятельно. Личный вклад состоит в постановке задач исследования, разработке методов их решения, обработке, анализе, обобщении полученных результатов и в формулировке выводов, написании текста диссертации и автореферата.

Теоретическое значение. Полученные в ходе настоящего исследования данные позволяют дополнить имеющиеся теоретические представления об аспектах формирования аутоагрессивного поведения в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью, влияние на него супружеской сепарации в результате расторжения брака, а также гендерные отличия в становлении алкогольной зависимости в контексте аутоагрессивного спектра.

Практическая ценность. Выявленная в результате исследования наиболее значимая для терапии структура аутоагрессивного поведения у

женщин, страдающих алкогольной зависимостью, позволяет широко использовать ее в наркологической практике. Ценным является гендерный подход не только в лечении основного заболевания, но и сопутствующих ему антивитальных тенденций. Кроме того, на результат терапии повлияет и оценка состояния пациенток с учетом их социального статуса (состоит ли она в брачных отношениях или вторично одинока в результате расторжения брака, особенно, если послеразводный период не более двух лет), который также непременно должен быть принят во внимание уже при первичной беседе с лечащим врачом. Полученные результаты позволяют улучшить качество лечения алкогольной зависимости, увеличить длительность терапевтических ремиссий при алкогольной зависимости, вызовут снижение аутодеструктивности личности после проведенной терапии и, как следствие этого, уменьшится риск совершения суицида у пролеченного контингента.

Социальное значение. Поскольку основная масса лиц, страдающих алкогольной зависимостью, находится в наиболее трудоспособном возрасте, вопрос успешности их лечения, сокращения прогулов и дней временной нетрудоспособности имеет принципиальное социально-экономическое значение. Не меньшее социально-профилактическое значение имеет создание здоровой семейной атмосферы для рождения и воспитания детей данной категорией женщин.

Предметы и объекты исследования. Объекты проведенного исследования – пациенты с установленным в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя».

Предметом настоящего исследования являются особенности аутоагрессивного поведения в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Методы и методология исследования. Настоящее исследование является контролируемым рандомизированным исследованием.

Использованная методология отображает новейшие научные положения не только отечественной, но и зарубежной наркологии и психиатрии.

В ходе проведенного исследования использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический метод и методы статистической обработки данных.

1 Клинические и психопатологические закономерности были оценены с использованием историй болезней пациентов, проходивших стационарное лечение на базах областных психиатрических и наркологических специализированных учреждений города Рязани, а именно в Государственном бюджетном учреждении Рязанской области «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» и Государственном бюджетном учреждении Рязанской области «Областной клинический наркологический диспансер»; а также на основании данных «Модифицированного опросника, направленного на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденного Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [147].

2 В рамках экспериментально-психологического метода использовались:

- для диагностики личностных расстройств: тест Mini-Mult (сокращенный вариант MMPI) [37];
- для диагностики психологических защитных механизмов: тест LSI [94; 95];
- опросник STAXI (State-Trait Anger Inventory) - STAXI, для оценки специфики переживания гнева, направленности гнева, состояния гнева и соотношения его с такими феноменами, как гетероагрессия и аутоагрессия [104].

3 Методы математической статистики были применены для оценки отличий в исследованных группах.

Положения, выносимые на защиту:

1. Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, представляют достоверно более аутоагрессивный срез популяции, нежели здоровые женщины, что касается как суицидальных, так и большинства несуйцидальных паттернов аутоагрессивного поведения.

2. Для женщин, страдающих алкогольной зависимостью, характерна совокупность личностно-психологических особенностей, способных катализировать аутоагрессивный тип реагирования.

3. У женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в ранний послеразводный период обнаруживается тенденция роста количества суицидальных попыток на фоне отсутствия прироста иных проявлений аутоагрессивного поведения.

4. В популяции лиц, страдающих алкогольной зависимостью, имеются гендерные отличия как в клинической картине и течении заболевания, так и в структуре аутоагрессивного поведения, непосредственно ассоциированного с алкогольной зависимостью.

Степень достоверности проведенного исследования. Степень достоверности результатов данного рандомизированного контролируемого исследования обеспечивается современным научным подходом к его проведению и организации. На этапе планирования с помощью анализа мощности исследования выяснено, что размер выборки является достаточным для его проведения. Обзор литературных данных построен на кропотливом анализе отечественных и зарубежных трудов по теме исследования. Для сбора данных использовались современные апробированные психодиагностические инструменты. Фактический материал, полученный в ходе исследования и заложенный в основу выводов, проанализирован с использованием методов математической статистики.

Структура и объем диссертации. Диссертация представлена на 135 страницах машинописного текста, разделена по структуре на следующие части: введение, четыре главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы (235 наименований, из них – 149 отечественных и 86

иностранных источников), список иллюстративного материала и приложения (4), в которых представлены использованные психодиагностические инструменты. Диссертация включает в себя 13 поясняющих таблиц и 3 рисунка.

Введение посвящено обоснованию актуальности исследования, уделено внимание степени разработанности темы, описана цель, задачи, научная новизна и практическая значимость проведенной работы.

Первая глава представляет собой обзор современных научных литературных данных, в которой раскрываются новейшие представления об алкогольной зависимости у женщин, о связи алкогольной зависимости и аутоагрессии и особенностях аутоагрессивного поведения в женской популяции. Кроме того, рассматривается влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на формирование и развитие суицидального поведения.

Вторая глава – характеристика организации проведенного исследования, групп респондентов и методов, использованных в исследовании.

В третьей главе описаны особенности аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью с учетом полученных в исследовании данных, а также дана оценка влияния такого варианта супружеской сепарации, как расторжение брака, на формирование антивитаальных тенденций среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

В четвертой главе приведены гендерные отличия в отношении аутоагрессивных, личностно-психологических и наркологических особенностей женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Далее следует заключение, выводы, практические рекомендации, а также указатель литературы, список иллюстративного материала и приложения.

Апробация и внедрение результатов исследования. Апробация проведена на межкафедральном заседании кафедр психиатрии, психиатрии и психотерапии ФДПО; клинической психологии и психотерапии; неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Рязанский

государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации 26 июня 2017 года. Основные результаты исследования были доложены на городских (г. Рязань) и областных клинических врачебных конференциях, семинарах врачей-психиатров и психиатров-наркологов (2013 – 2016 г.):

1. Ежегодная научная конференция, посвященная 70-летию основания Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова под общей редакцией Заслуженного работника высшей школы Российской Федерации, проф. В.А. Кирюшина, Рязань, 2013 год.

2. Межрегиональная научная конференция с международным участием Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова под общей редакцией В.А. Кирюшина, Рязань, 2014 год.

3. Международная научно-практическая конференция "Актуальные проблемы психиатрии и наркологии», Рязань, 2015 год.

4. Всероссийская научная конференция студентов и молодых специалистов «Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста», Рязань, 2016 год

5. Ежегодная научная конференция Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Рязань, 2016 год.

6. IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Мультидисциплинарный подход в терапии психических расстройств», Рязань, 2017 год.

Публикации. По материалам проведенного исследования было опубликовано 17 работ, из которых 5 в журналах, которые включены в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Современные особенности алкогольной зависимости у женщин

В настоящее время одной из основных проблем современного общества является алкогольная зависимость, которая имеет крайне неблагоприятные последствия в социуме, является одной из основных причин повышения уровня смертности, снижает трудоспособность, что ведет к неблагоприятным социально-экономическим последствиям. По результатам проведенных в этой области исследований следует вывод, что существует закономерная связь между смертностью в популяции и средними значениями показателей употребления алкоголя населением [15; 33; 92; 136; 144].

Согласно данным статистики уровень женской смертности до 17% обусловлен употреблением алкоголя, и в последние годы наблюдается интенсивный рост алкогольной зависимости в женской популяции [76; 79; 127]. В последнее десятилетие в связи с этим происходит постепенное уравнивание гендерных показателей [42; 43; 77; 80]. В частности, по данным некоторых авторов, в ряде стран количество пьющих девушек превышает число юношей, злоупотребляющих алкоголем [167; 168; 184; 196; 212; 228]. Статистические данные в нашей стране в целом соответствуют среднемировым: в начале 90-х годов соотношение мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, составляло девять к одному соответственно, к середине 90-х оно уменьшилось до шести к одному, в начале 21 века снизилось до пяти к одному, а в настоящее время, по некоторым данным, составляет уже два к одному [97; 102; 143].

По результатам исследований отечественных авторов до 90% девушек в возрасте 13-24 лет, учащихся в старших классах школы и средне-специальных учебных заведениях, употребляют алкоголь, причем в мегаполисах они

количественно превышают юношей, в той или иной мере употребляющих алкогольные напитки [10; 32; 72; 82; 105]. Средний возраст начала употребления алкоголя в молодежной среде снизился до 12-14 лет по личному признанию подростков [72; 96]. С возрастом число подростков, принимающих алкоголь, значительно увеличивается, что особенно заметно у девушек, изначально число непьющих среди них меньше, чем у юношей, а к совершеннолетию непьющих практически нет совсем [10; 32; 75; 98; 100]. При этом стоит отметить, что данные основаны на эпизодическом употреблении алкоголя. Наиболее предпочитаемым напитком в молодежной популяции является пиво, которое предпочитают до 75% подростков [72; 82]. Вино и водку употребляет примерно треть подростков [72; 96; 105]. Масштабное потребление слабых алкогольных напитков, таких, как пиво, подростки начинают в возрасте двенадцати лет, вина и водки, в среднем, в 15 и 16 лет соответственно [10; 82; 96; 105; 208; 235]. В последние десятилетия число юношей и девушек, состоящих на учете у врачей-наркологов, увеличилось в полтора раза, неблагоприятным фактором является и неуклонный рост регистрируемых алкогольных психозов в подростковой среде, по данным исследователей, количество их возросло в восемь раз за последнее десятилетие [32; 72; 199; 233]. Данный факт является крайне неблагоприятным прогностическим показателем, поскольку алкогольные психозы у молодежи – большая редкость, их наличие свидетельствует о не менее, чем двух- или трехлетнем анамнезе алкогольной зависимости [96; 105]. Таким образом, алкогольная зависимость в среде девушек и молодых женщин является одной из важных проблем современного общества, поскольку речь идет о непрекращающемся росте их количества, изменении гендерного соотношения. И имеющаяся в прошлом «небольшая» проблема становится огромной в рамках современного общества, что приведет к неблагоприятным демографическим последствиям [10; 28; 45].

В становлении алкогольной зависимости в женской среде наиболее выраженную роль играет комплекс пусковых факторов, основными из которых

являются биологические и психогенные (имеющие место при часто переживаемых стрессовых ситуациях) [20; 84; 107]. К основному биологическому фактору, безусловно, следует отнести наследственность. Отечественные и зарубежные исследователи сходятся во мнении, что наследственная отягощенность развития алкогольной зависимости в женской популяции приближается к 90%, что связано с выявленной врожденно низкой реакцией на продукты распада этанола у дочерей родителей, страдающих алкогольной зависимостью [6; 81; 137; 197]. Кроме того, к биологически обусловленным гендерным отличиям в формировании зависимости относят неодинаковое соотношение воды в организме лиц разного пола. Доказано, что в женском теле содержание воды на десять процентов меньше, чем в мужском, что соответственно приводит к более высокой концентрации этилового спирта в крови женщин при одинаковой исходной принятой дозе алкоголя [136; 144; 151; 171]. Согласно другим данным, гормональный фон женщин из-за особого взаимодействия с алкогольдегидрогеназой способствует более медленному метаболизму этанола [3; 44; 202].

Среди социально-психологических факторов в настоящее время большая роль в становлении алкогольной зависимости отводится эмансипации и стигматизации, особенно в популяции одиноких женщин [81; 73; 213]. Как следствие стигматизации закономерно обращение за специализированной медицинской помощью в достаточно запущенной форме заболевания, характерно формирование одиночного употребление алкоголя, сокрытие и преуменьшение симптоматики алкогольной зависимости, что внешне проявляется, как специфическая «лживость» женщин, страдающих алкогольной зависимостью [3; 6; 136; 144]. Ряд исследователей отмечает, что закономерной защитной реакцией на стигматизацию является особенная психологическая травматичность женщин, страдающих алкогольной зависимостью, которая проявляется в переносе акцента со своего заболевания на различные внешние факторы [70; 88].

Безусловно, во всем мире, в зависимости от страны проживания выражены существенные этнические и культурные различия в структуре становления алкогольной зависимости, однако большинство отечественных и зарубежных исследователей сходится во мнении, что одним из определяющих факторов риска формирования алкогольной зависимости у женщин всех возрастных категорий является влияние партнера, страдающего алкогольной зависимостью [59; 69; 112; 118; 161; 210]. До 70% мужей женщин, страдающих алкогольной зависимостью, тоже обнаруживают данную патологию [3; 113; 170; 182]. В литературных источниках указывается на так называемый «феномен спаивания», при котором мужчины осознанно либо нет стимулируют у жен развитие алкогольной зависимости для достижения единения, однородности и состояния равновесия в семейной системе [144; 190]. Таким образом, в данной ситуации алкоголь выступает как основное средство адаптации внутрисемейных отношений. Закономерно, что влияние мужа на становление алкоголизации супруги является односторонним, установлена прямая связь уровня употребления алкоголя женщинами после вступления их в брачные отношения с количеством спиртного, употребляемого до брака их мужьями [15; 26; 88; 203]. Естественно, что непосредственно внутри семейной системы супруги, уже страдающие алкогольной зависимостью, стимулируют к принятию все больших доз алкоголя друг друга [4; 58; 135; 162]. Помимо этого, внутрисемейная алкоголизация напрямую зависит от микросоциального взаимодействия и окружения супругов [81; 169; 191].

Ранее указывалось, что алкогольная зависимость в женской популяции развивается на пять лет позднее, в среднем, по сравнению с мужской, исследователи последних лет указывают на стирание гендерных различий возраста становления алкогольной зависимости [15; 74; 150; 163; 209]. Однако остается неоспоримым тот факт, что алкогольная зависимость у женщин характеризуется более тяжелым, даже злокачественным течением [4; 44; 75; 135; 166; 195].

Безусловно, среди взрослых женщин встречаются как те, которые начали злоупотреблять алкоголем в молодом возрасте, так и те, что приобрели зависимость уже в зрелом. Чаще всего для женщин второй группы пусковым механизмом становится стресс, часто развивается так называемая «вдовья» и «супружеская» алкогольная зависимость, учитывая особенности демографии в нашей стране [6; 81; 175; 204]. Этому способствуют ряд гормональных и сосудистых изменений, формирующихся у женщин к зрелому возрасту [149; 158; 187].

Ряд авторов в течении женской алкогольной зависимости выделяет факторы, влияющие на формирование либо позитивного, либо негативного течения зависимости [186; 194; 216]. К неблагоприятным, негативным факторам следует, прежде всего, отнести наследственный фактор в виде сочетанной алкогольной зависимости отца и матери; ранний возраст начала формирования зависимости (женщины моложе 25 лет); эпизоды насилия в детском и подростковом возрасте; проживание с партнером, злоупотребляющим алкоголем и другими психоактивными веществами; отсутствие брачных отношений; сексуальная дисфункция; склонность к частым депрессивным реакциям; преобладание эпилептоидных черт личности [217; 234]. К факторам, обеспечивающим наиболее благоприятный прогноз в течении заболевания и ответе на применяемые терапевтические мероприятия, относят поздний возраст начала формирования зависимости (позже 25 лет), преобладание стенических личностных черт, отсутствие наследственного фактора в анамнезе зависимости [222; 236].

Половые различия обнаружены не только в формировании и течении алкогольной зависимости, но и в причинах рецидивов заболевания, что влияет на тактику ведения пациентов, и в целом на их терапевтический потенциал [24; 155; 183]. Для мужчин наиболее частой причиной возврата к злоупотреблению алкоголем является наличие характерного «пьющего окружения», в то время как для женщин провоцирующим фактором являются негативные эмоции (конфликтные ситуации, проблемы на работе, трудности в семье) [54; 149].

Стоит отметить, что результаты лечения алкогольной зависимости у зрелых женщин часто более удачные по сравнению с мужчинами [35; 180].

1.2. Алкогольная зависимость и аутоагрессивное поведение

Аутоагрессивное поведение является серьезной медицинской и социальной проблемой современного общества [22; 30; 36; 39; 41]. Количество завершенных суицидов во всех странах мира катастрофически растет [9; 20; 164]. Ранее к аутоагрессивному поведению относили исключительно непосредственно сами суициды, суицидальные мысли, а также парасуициды. В настоящее время к аутоагрессивным относят все действия (так и бездействие), которые направлены на причинение вреда индивиду, как в физической, так и психической области, причем действия эти могут быть как сознательными, так и бессознательными [52; 53; 64; 69; 86; 87]. Соответственно, исследования последних лет указывают на то, что к аутоагрессивному поведению следует причислять непосредственно суицидальное поведение, а также поведенческие аспекты, связанные с комплексом факторов потенциальной гибели (экстремальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами и др.) [90; 177; 224].

Аутоагрессивное поведение представляет собой непрерывный процесс с обязательной предрасположенностью в своей основе. Согласно данным представлениям, предрасполагающие факторы условно делят на четыре большие группы [146; 152; 205]. В первую группу входят биологические факторы риска, как-то: отягощенная наследственность по психическим и наркологическим расстройствам (особенно расстройства депрессивного спектра, а также зависимость от психоактивных средств), а также по суицидальному поведению среди кровных родственников. Ко второй группе факторов относятся клинические предикторы, а именно: указание в анамнезе на психические расстройства, особенно манифестировавшие в детском возрасте (шизофрения, депрессия, расстройства личности), наркомании, токсикомании, алкогольную зависимость. Кроме того, известно, что соматические заболевания

сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной системы со склонностью к хронификации также способны оказывать влияние на вероятность реализации у индивида аутоагрессивных импульсов. Третью группу составляют социальные факторы, которые, в свою очередь, подразделяются на макросоциальные и микросоциальные. Макросоциальные включают в целом общий негативный фон в социуме, различные экономические кризисы, банкротство, потерю работы, бедность, занятость в сфере торговли; а к микросоциальным относятся, в основном, внутрисемейные факторы (отсутствие партнера или его утрата, отсутствие детей, неполная семья, конфликтные ситуации в семье, сиротство). Наконец, к последней группе принадлежат личностно-психологические факторы (выраженный уровень тревоги у индивида, специфические формы поведения со склонностью к избеганию конфликтных ситуаций, эгоизм, частое совершение действий импульсивного характера) [2; 36; 90; 106; 120; 124; 131; 134].

Согласно литературным данным, к основным поведенческим несуицидальным паттернам наиболее часто относят увлечение экстремальными видами спорта, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, склонность к неоправданному риску, самолечение [91; 108].

Ряд исследователей к вариантам реализации личностной аутоагрессии относит феномен «травматической» личности, поскольку по заключению судебных медиков, в большом проценте случаев так называемые смерти от несчастного случая являются ничем иным, как вариантом замаскированного суицида [192; 227]. Некоторые авторы описывают специфическую зависимость от опасного автовождения как яркий вариант несуицидального аутоагрессивного поведения [193]. Определенные интерес представляет и поведение жертвы как пассивный аутоагрессивный акт [215]. В большом проценте случаев виктимное поведение среди жертв сексуального и физического насилия является ничем иным, как аутоагрессивно-мазохистическим актом [232].

Перейдем к характеристике непосредственной связи алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения. Уже многие годы непосредственная связь между употреблением алкоголя и суицидами в популяции не вызывает сомнений. Алкогольная зависимость является расстройством с выраженными антивитальными проявлениями [59; 68; 146; 183]. В большинстве работ по этой тематике значительное внимание уделяется необходимости создания особой терапевтической обстановки, направленной на избавление от риска скрытых суицидальных реакций [60; 63; 69]. Одной из причин завершенных суицидов при алкогольной зависимости является неприятие своей личности, желание наказать себя, что часто обнаруживается в оставленных предсмертных записках [16; 233].

Алкогольную зависимость можно смело отнести к одному из основополагающих факторов, определяющих смертность трудоспособных мужчин, снижающих продолжительность их жизни до 15 лет [64; 101]. Сразу следует оговориться, что подобных работ, касающихся алкогольной зависимости у женщин, нам не встретилось, поэтому акцент в отношении связи между аутоагрессивным поведением и алкогольной зависимостью на данном этапе будет сделан именно на хорошо изученной популяции мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Основными непосредственными причинами смертей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, трудоспособного возраста, являются следующие: смерть от сопутствующих алкогольной зависимости заболеваний (цирроз печени, панкреатит, алкогольная кардиомиопатия); пневмония, завершённый суицид, несчастные случаи [68; 146]. В ряде ситуаций непосредственная причина смерти на аутопсии остается невыясненной при установленном диагнозе алкогольной зависимости либо при обнаружении признаков интоксикации с высоким содержанием уровня этанола и его метаболитов в биологических жидкостях [3; 74; 181]. Особое место занимает смертность у страдающих алкогольной зависимостью от насильственных причин, превышающая до четырех раз таковую смертность в общей популяции

и составляющая до 35% случаев смертей среди больных алкогольной зависимостью [76; 99]. Ряд авторов относят травматизм и алкогольную зависимость к специфическим, характерным для мужчин, причинам смертности [135]. Непосредственно смертность от завершённых суицидов в популяции лиц, страдающих алкогольной зависимостью, приближается к 15% [50; 99]. Попытку суицида совершают до 76% больных алкогольной зависимостью, из них до девяти случаев из ста носят завершённый характер [57]. В целом, риск суицида среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, выше до трех раз по сравнению с остальным населением [121]. Риск смерти от суицидальных причин у больных алкогольной зависимостью сопоставим с таковым у лиц, страдающих расстройствами депрессивного спектра [9]. Суицидальная смерть у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в большинстве случаев имеет императивную подоплеку [20].

Ряд исследователей описывает следующие типовые психологические портреты лиц, страдающих алкогольной зависимостью, с потенциально высоким риском завершённого суицида [26; 83; 176]. К первому, наиболее распространенному типу, относят мужчин среднего возраста, разведённых, занятых в производстве, проживающих в одиночестве, имеющих судимость, не имеющих серьёзных хронических заболеваний, не состоящих на учете у врача-нарколога, несмотря на наличие явных признаков алкогольной зависимости, не высказывающих суицидальных мыслей и употреблявших алкоголь накануне предпринятого суицида. Второй тип – это женщины пожилого возраста, часто вдовы; третий тип – лица, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в брачных отношениях, у которых мотивом к суициду послужили внутрисемейные конфликты на почве злоупотребления алкоголем.

Важно упомянуть об еще одном виде суицидальной алкогольной аутоагрессии у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, а именно о приеме сверхвысоких смертельных доз алкоголя и его суррогатов с опасными для жизни свойствами [179]. Данных, касающихся женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в этом аспекте также нам не встретилось.

Яркими примерами несуйцидальной алкогольной аутоагрессии являются алкогольный травматизм, черепно-мозговые травмы, автомобильные аварии, термическая патология, бытовой и производственный травматизм, ассоциированная соматическая патология, нарушение пищевого поведения [8; 47; 62; 214].

Многие авторы утверждают, что связующим звеном между суицидальным поведением и алкогольной зависимостью в большом проценте случаев выступают расстройства депрессивного спектра, причем одни из них полагают, что частоту алкогольных суицидов увеличивает присоединившаяся депрессивная симптоматика, утверждая, что около 59% лиц, страдающих алкогольной зависимостью, кроме того, имеют вторичную депрессию, другие же, напротив, подчеркивают первичность депрессии по отношению к алкогольной зависимости [165; 178]. Так или иначе, лица, страдающие алкогольной зависимостью, имеют стойкие и выраженные депрессивные переживания, которые сохраняются и после купирования абстинентного синдрома, сопровождаются чувством вины и опустошенности, что нередко является катализатором суицидального поведения [146].

Следует отметить, что алкогольный суицид имеет устойчивые возрастные «пики», а именно 21-30 лет, 30-39 лет, 50-55 лет, то есть наиболее часто приходится на молодой возраст пациентов [51; 80; 121].

Наиболее часто рассматриваются два варианта реализации суицидальных тенденций у больных алкогольной зависимостью. Во-первых, это внезапные нереактивные попытки на фоне алкогольного опьянения, напоминающие аффект, во-вторых, попытки на фоне постабстинентной депрессии (обычно на второй неделе после купирования запоя) и моторной заторможенности [89; 156]. Второй тип является наиболее опасным в плане летальности.

Клинически выделяют так называемые истинные суицидальные попытки, имеющие место быть чаще всего на фоне выраженных депрессивных расстройств, демонстративно-шантажное аутоагрессивное поведение у эмоционально неустойчивых личностей с наличием расстройств

невротического спектра (чаще всего обсессивно-компульсивных), импульсивные попытки у лиц с различного рода дисфориями и преобладанием в поведении компульсивных действий [8].

Современные авторы выделяют ряд основных признаков несуицидального аутоагрессивного поведения:

1. «Клишированность» – другими словами, непрерывно повторяющиеся трагические ситуации в жизни индивида.

2. Частично осознаваемая вовлеченность личности в различные негативные ситуации с присутствующим ощущением навязанности происходящего, пониманием, что вовлеченность в аутоагрессивные моменты носит как бы насильственный характер.

3. Получение какого-либо негативного фактора оправдано индивидом с позиции получения личной выгоды (мазохистическая личность, виктимное поведение и др.).

4. Наследственный фактор в виде получения от родителя программы аутоагрессивного поведения [146].

Обращает на себя внимание описанное в литературе преобладание у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью и имеющих признаки аутоагрессивного поведения, антисоциальных личностных расстройств (психопатий), в то время как среди основного населения с суицидальными тенденциями наиболее вероятен диагноз пограничного расстройства личности [153].

1.3 Особенности аутоагрессивного поведения у женщин

По данным ВОЗ в мире частота завершенных суицидов в женской популяции в начале 21 века составляла приблизительно семь случаев на 100000 населения женского пола [16; 174; 218]. В Российской Федерации данный показатель выше – девять случаев на 100000 женского населения [19]. Во всем мире и в России в частности уровень завершенных суицидов у женщин значительно меньше, чем в мужской популяции. В среднем на одну женщину,

покончившую с собой, приходится от четырех до восьми случаев завершённых мужских суицидов [30; 47; 224]. Одновременно при относительно более низком уровне смертности от суицида самоубийства формируют более высокий процент насильственных смертей в женской популяции [17; 53; 115]. Более того, некоторые авторы сообщают о более высокой частоте суицидов в среде девушек подросткового возраста по сравнению с юношами [18]. Безусловно, мы не имеем данных о связи этих суицидов с уровнем употребления ими алкоголя, но с учетом приводимых выше цифр, характеризующих рост употребления спиртных напитков среди лиц рассматриваемой группы, эта тенденция носит весьма настораживающий характер.

В Российской Федерации частота попыток свести счеты с жизнью в женской популяции существенно превышает таковую у мужчин [22; 106; 140]. Данная статистика касается как девушек молодого возраста, так и зрелых и пожилых женщин [36; 52; 57]. Данные литературы о соотношении количества попыток суицида среди мужчин и женщин разнятся. Считается, что суицидальные попытки в четыре раза чаще встречаются у лиц женского пола [9; 20]. Отметим, что женщины чаще совершают суицидальные попытки будучи трезвыми, для мужчин же суицидальное поведение более характерно в состоянии алкогольного опьянения [57; 91; 109].

С возрастом количество суицидальных попыток у женщин увеличивается [16; 19; 224]. Самым прогностически благоприятным возрастом в плане риска суицида является 14-20 лет [17; 194]. Достаточно высокий суицидальный риск имеют женщины 40-45 лет в связи с кризисом среднего возраста и потерей, по их мнению, прежней привлекательности [18; 230].

На выраженность риска суицида большое влияние у женщин оказывает их семейный статус. Одинокие незамужние женщины предпринимают попытки суицида чаще мужчин, не состоящих в браке, а вдовство у женщин является одним из основополагающих факторов совершения суицида [8; 11; 19].

Среди факторов суицидального риска в женской популяции рассматриваются и экономические, в частности, безработица и низкий уровень

доходов [9; 20; 221]. Кроме того, повышению суицидальной активности способствует судимость в прошлом, злоупотребление психоактивными веществами, физические недостатки [145; 223]. Частота суицидов среди неработающих женщин от семи до десяти раз выше по сравнению с работающими [29; 87; 219]. Особенно высоким этот показатель оказывается у женщин, не работающих более года. Риск завершённых суицидов характерен для женщин либо с высоким, либо, наоборот, с низким профессиональным статусом, тогда как низкий суицидальный риск характерен для женщин, занимающих средние позиции по профессиональному статусу [229]. Этим женщины отличаются от мужчин, поскольку среди лиц мужского пола более низкая частота суицидов характерна для лиц с высоким профессиональным статусом, а наиболее высокая – для лиц с низким профессиональным статусом [146]. Ряд авторов приводят данные высокого уровня риска суицида в среде женщин-врачей [16; 18; 116].

В большом количестве публикаций рассматриваются клинические факторы риска суицида в женской популяции, среди которых основополагающая роль отводится психической патологии [16; 27; 52; 149; 192; 200]. Для женского населения расстройства психической сферы являются намного более вероятным фактором риска суицида в сравнении с мужчинами [8; 19; 111; 165]. Психопатологические мотивы суицидального поведения у лиц женского пола встречаются в 53% случаев, что на десять процентов выше, нежели у мужчин [17]. В отличие от общей популяции, частота суицидов у женщин, страдающих психическими расстройствами, выше, чем таковых у мужчин. По данным литературы самый низкий риск суицида наблюдается у женщин, зависимых от ПАВ либо не страдающих психическими расстройствами, средний – у женщин с расстройствами аффективного спектра и самый высокий – у женщин с эндогенными и органическими психическими расстройствами [18; 53; 115].

Ряд авторов указывает на высокий процент расстройств депрессивного спектра среди женщин из группы суицидального риска. Частота депрессий

среди женщин-суициденток в два с половиной раза выше, чем у аналогичной категории мужчин. Сформированная выраженная депрессивная симптоматика у женщин может являться специфическим фактором риска повторного суицида [152; 210].

Именно в женской популяции часто встречаются психические расстройства с высоким риском суицида, такие, как нервная анорексия и булимия, дисморфофобические расстройства, расстройства личности [19; 208].

Огромное значение в формировании суицидальных тенденций у женщин отводится пережитому ими ранее физическому, сексуальному или эмоциональному насилию. Частота суицидальных попыток среди женщин, подвергшихся в детстве или подростковом возрасте насилию, существенно выше, чем среди женщин, насилие не перенесших [9; 53; 96]. Кроме того, женщины, подвергавшиеся в детстве всем трем видам насилия, имеют достоверно более высокую вероятность развития суицидального поведения, чем женщины, перенесшие одну или две формы насилия ранее [10; 17; 188].

Любопытно, что, по данным ряда авторов, женщины с гомосексуальным влечением в три раза более суицидально активны, чем гетеросексуалы, причем чем уровень влечения выше, тем более выражено аутоагрессивное поведение [179]. Фазы менструального цикла и связанные с ним гормональные изменения также оказывают влияние на выраженность суицидального поведения, статистически частота суицидов выше у женщин в первую неделю цикла, значительно снижается в последующие [12; 53; 210].

Наличие суицидальной попытки в анамнезе у женщин представляет собой более плохой в прогностическом плане признак по сравнению с мужчинами [173]. У женщин сезонные колебания суицидальных попыток имеют полугодовую цикличность, для мужчин характерна цикличность годовая. Вероятно, это связано с тем, что для женщин, в сравнении с мужчинами, более характерна связь аффективных патологии и суицидального поведения, как известно, расстройства настроения имеют два сезонных пика подъема заболеваемости в течение года [17; 19; 106].

Наряду с исследованием факторов суицидального риска, частью исследователей анализируются характерные для женщин антисуицидальные факторы. Наличие маленького ребенка или беременности является одним из самых основных подобных факторов [22; 53; 89; 189].

Определенное число исследований посвящено взаимному сопоставлению различных факторов суицидального риска в женской популяции. Ряд авторов описывают молодых женщин, предпринимавших попытки уйти из жизни путем отравления лекарствами, как не состоящих в браке, незадолго до суицидальной попытки обращавшихся к психиатру, использовавших в качестве «инструмента» суицида чаще всего препараты из группы антидепрессантов в количестве более 20 таблеток (капсул), отличавшиеся в последнее время высоким уровнем безнадежности и суицидальных мыслей. У них выявляются шизоидные черты личности, менее выраженный страх смерти, довольно высокий социальный и экономический статус [47]. Среди женщин с суицидальными намерениями часто преобладают лица с астеническими чертами характера, имеющие высшее образование, работающие в сфере обслуживания [106]. Среди суициденток с попытками самоотравления большинство женщин с астеническими, истерическими и возбудимыми чертами характера, имеющими средний и выше уровень образования [191]. В среде лиц с наиболее жестокими формами попыток суицида встречаются женщины одинокие с эпилептоидными особенностями личности, имеющие высшее или среднее специальное образование, работающие в сфере обслуживания, имеющие признаки органического поражения головного мозга [150; 175].

Весьма интересен анализ типичных для женщин способов суицидальных действий. Выбираемые женщинами способы покончить с жизнью в большинстве своем являются более «мягкими» (менее агрессивными, калечащими и летальными), чем способы, предпочитаемые мужчинами [152]. Вероятно, это происходит в связи с тем, что женщины, совершая суицидальные попытки, хотят привлечь к себе внимание, заявить о себе, повлиять на свое

микроокружение, но, часто, не умереть. Кроме того, женщин слишком заботит их внешний вид после смерти [16; 19].

Что касается аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, на этот счет существуют крайне разрозненные данные, которые в целом отражают, скорее, известный гендерный аспект суицидального поведения. То есть, имеются указания на то, что суицидальных попыток среди них должно быть ожидаемо больше, а суицидальная летальность ниже по сравнению с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью [12; 53; 99]. Социальный портрет их, по сравнению с непьющими женщинами, также ожидаем, эта категория женщин обычно имеет низкий экономический и социальный статус, а выраженность у них аутоагрессивных тенденций напрямую коррелирует с количеством и частотой принимаемого алкоголя. Для осуществления завершеного суицида они наиболее часто прибегают к медикаментозному отравлению транквилизаторами, а риск повторных попыток самоубийств у них значительно снижается при начале активной терапии алкогольной зависимости, особенно в сочетании с групповыми методами психотерапии (общество Анонимных алкоголиков) [149]. Таким образом, имеющиеся данные касаются только непосредственно классического суицидального поведения и носят преимущественно констатирующий характер. Отсутствуют целостные представления обо всех направлениях реализации аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, что не позволяет использовать этот важный аспект в лечебной и профилактической работе.

Женщины в третьей стадии заболевания, с крайне агрессивным и неблагоприятным течением относительно чаще мужчин страдают сопутствующей соматической патологией (со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной системы, а также онкозаболеваниями), у них чаще встречаются различного рода несчастные случаи [111; 115; 234].

1.4. Влияние супружеской сепарации на формирование и развитие аутоагрессивного поведения

Литературные данные о влиянии такого социального феномена, как семья, на формирование аутоагрессивных тенденций до сих пор остаются противоречивыми. Одни авторы полагают, что наличие семьи представляет собой препятствие для реализации антивитальных тенденций, дает определенный уровень социализации, выступает буфером внешних и внутренних конфликтных ситуаций [1; 5; 38; 55]. Одновременно ряд авторов приводит данные, отрицающие влияние семейного фактора на возможное предотвращение у индивида суицидального поведения, более того, некоторые из них именно семейным отношениям отводят важную суицидогенную роль [23; 34; 46; 48; 125; 150; 179; 222].

Основным фактором суицидального риска является значительный семейный дисбаланс, который закономерно приводит к социально-психологической дезадаптации личности и явно неадекватным решениям [5; 85].

К вариантам семейной нестабильности, приводящей к аутоагрессивному поведению, относится атмосфера внутрисемейной конфликтности, неудовлетворенность положением в семье, сопровождающаяся поиском тепла вне семьи, нарушение социализации внутри семьи, так называемый «несчастливый брак» [25; 55; 132; 139; 153].

Расторжение брака и предразводные состояния относятся к признанным причинам суицидов [192]. Супружеская сепарация является особенным предиктором суицидального поведения. В данных ряда авторов доказана связь расторжения брака и частоты самоубийств, количество разведенных среди случаев завершеного суицида приближается к 15% [5; 133]. Особенно значим высокий коэффициент летальности у лиц, находящихся в состоянии бракоразводного процесса [25]. Предразводное состояние, непосредственно расторжение брака и послеразводные переживания часто провоцируют

формирование депрессивных расстройств, которые оказываются прекрасной почвой для реализации аутоагрессивного поведения. По данным литературы от 40% до 57% людей, у которых наблюдались повторные суицидальные попытки, не имели постоянного партнера (были одиноки или подвержены супружеской сепарации, в частности, расторжению брака) [38; 55; 125].

Нужно понимать, что расторжение брака происходит не в момент его фактического юридического совершения, а гораздо ранее, в момент, когда подобная возможность рассматривается как вариант решения проблемы. Юридическое оформление расторжения брака часто не совпадает с фактом принятия решения о нем, при этом фактическая длительность брака, в среднем, короче на два или три года, чем юридическая. Исследователи приводят данные, что члены многих семей годами страшатся юридического оформления расторжения брака, однако указывая, что это время было одним из самых тяжелых в их жизни [5; 34; 139].

Выделяют следующие периоды и фазы расторжения брака: предразводный, период развода, послеразводный, стадии отвержения, гнева, посредничества, депрессии, акцепции, решения, объявления, официального расторжения брака и второй жизни. Таким образом, можно предположить, что из поля зрения суицидологической службы выпадает период начального бракоразводного процесса, когда расторжение брака только назревает, но уже выполняет роль пускового механизма в развитии аутоагрессивных тенденций личности [84; 125].

Большинство авторов констатирует наличие прямой зависимости между количеством бракоразводных процессов и уровнем суицидальной активности населения, в ряде исследований самый высокий уровень завершенных суицидов наблюдался в среде разведенных мужчин, а самый низкий – у замужних женщин [18; 146]. Факт отсутствия семьи резко повышает риск повторной попытки самоубийства [23; 84; 193; 211].

К сожалению, Российская Федерация входит в тройку стран с самым высоким уровнем расторжений браков, где каждые два из трех браков

распадаются. В конце 20 века только 64% людей нашей страны проживало в семье, тогда как в 1970 году число семейных пар составляло до 91%. Уровень разводимости с послевоенных лет до начала 21 века по данным ряда авторов возрос в девять раз. Ежегодно юридически оформляет расторжение брака один процент существующих семей, причем этот показатель имеет тенденцию к росту [119; 126; 138].

Любопытно, что из ранее разведенных более половины не создают повторно семьи [48; 125]. Средний возраст мужчин на момент расторжения брака составляет 33-35 лет, что совпадает с возрастным пиком завершенных суицидов лиц, страдающих алкогольной зависимостью [146]. Состояние бывших супругов после расторжения брака заслуживает пристального внимания, так как в связи с ухудшением как психического, так и соматического состояния, они становятся более уязвимыми для аутоагрессивных влечений [1; 34; 46]. При этом имеется ряд работ, подчеркивающих положительную роль расторжения брака, позволяющих предотвратить персистирующий конфликт интересов, отражающие односторонний подход к распаду семьи, с тенденцией наблюдать в этом исключительно отрицательные стороны, ориентирующихся на индивидуумов с появившимся после факта расторжения брака ряда психических расстройств или других заболеваний [55; 88; 172; 177; 192].

Хорошо известна роль алкогольной зависимости на устойчивость брака. Расторжение брака крайне тесно связано с алкогольной зависимостью. В 22%-80% случаев бракоразводных процессов основной причиной расторжения брака является алкогольная зависимость [3; 7; 33]. Одновременно с этим в сплошных выборках среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, можно обнаружить гораздо большее число разведенных, чем в общей популяции [85; 125; 233].

Отделение от семьи и расторжение брака является предиктором короткой последующей жизни страдающих алкогольной зависимостью, а аутоагрессивное поведение рассматривается с точки зрения переживания чувства безнадежности в отношении сложных семейных и социальных проблем

[59; 63; 67]. Несуицидальные отрицательные последствия супружеской сепарации для страдающих алкогольной зависимостью достаточно изучены. Распад семьи лишает зависимого от алкоголя «опекуна», «контролирующего органа», таким образом, влечение к алкоголю становится неудержимым с отсутствием каких-либо ограничений. Для остальных же членов семьи расторжение брака с зависимым от алкоголя является намного более благоприятным вариантом, чем совместное с ним проживание [60; 64; 66].

В настоящее время происходит снижение влияния на суицидогенность индивида таких факторов, как расторжение брака, супружеская измена, в связи с чем антивитальная значимость семейного фактора снизилась на 17,7% [48; 85; 120].

Таким образом, проведя обзор доступной русскоязычной и иностранной литературы, установлено, что на современном этапе увеличение числа женщин, страдающих алкогольной зависимостью, стало клинической реальностью, социальные последствия которой становятся все более значимыми (в том числе, вклад их в суицидальные характеристики современного общества, что диктует необходимость изучения этого аспекта).

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика объектов исследования

Данное исследование проведено на базе ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», а также ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» с 2011 по 2017 г.

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации 6 декабря 2011 года. Все лица, участвовавшие в исследовании, проходили стационарное лечение в указанных выше лечебных учреждениях по поводу купирования синдрома отмены, связанного с употреблением алкоголя, и детоксикации и не имели на момент текущей госпитализации расстройств психотического уровня, а также суицидальных попыток; дали информированное письменное согласие на участие в исследовании после детального ознакомления с его целями и задачами. Всем участникам исследования гарантировалась конфиденциальность полученных сведений. Контрольная группа женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, представлена случайной выборкой здоровых лиц.

Критерием включения респондентов в исследование явилось наличие установленного диагноза «Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя», установленного в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F 10.2). Клинически все исследуемые находились во второй стадии заболевания.

Не включались в исследование респонденты в соответствии с приведенными ниже критериями исключения:

1. респонденты, клинически находящиеся в первой или третьей стадии заболевания;

2. респонденты с сопутствующими болезнями зависимости (исключая никотиновую);
3. респонденты с сопутствующими психическими расстройствами эндогенного спектра и находящиеся в состоянии острого психоза в момент исследования;
4. респонденты с органическим поражением центральной нервной системы, сформированным до начала злоупотребления алкоголем;
5. респонденты с ВИЧ-инфекцией на последних стадиях заболевания;
6. респонденты, имеющие хронические соматические заболевания (в основном, со стороны желудочно-кишечного тракта) в стадии обострения;
7. респонденты с постоянными формами употребления алкоголя;
8. отказ предоставить информированное согласие на проведение исследования.

Общая численность лиц, вошедших в исследование, составила 124 человека. Две контрольные группы включили 124 человека, таким образом, суммарное количество респондентов, принявших участие в исследовании – 248.

При организации исследования общая выборка (248 человек) разделена на экспериментальную и контрольную группу.

В свою очередь, экспериментальная группа в соответствии с задачами исследования была представлена следующими подгруппами:

1. женщины, страдающие алкогольной зависимостью, на момент исследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека;
2. женщины, страдающие алкогольной зависимостью, на момент исследования вторично одинокие (в результате расторжения брака), – 62 человека.

Контрольная группа также представлена двумя подгруппами:

1. женщины, не страдающие алкогольной зависимостью, на момент исследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека;
2. мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, на момент исследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека.

Перед включением в исследование в одной из контрольных групп (группа женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях) был проведен предварительный скрининг с использованием теста CAGE для выявления симптомов алкогольной зависимости. Положительный ответ хотя бы на один из вопросов теста CAGE исключал респондента из дальнейшего исследования. В том случае, если положительные ответы отсутствовали, проводилась дополнительная клинико-диагностическая беседа.

Экспериментальные и контрольные группы отличались друг от друга лишь фактом отсутствия либо наличия алкогольной зависимости, а в случае с группой контроля мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, – полом.

В результате сравнительного анализа групп не было обнаружено статистически значимых отличий в социально-демографических, клинических и патопсихологических характеристиках ($p > 0,05$).

Средний возраст всех страдающих алкогольной зависимостью женщин составил 39,81(4,33) лет, из них для состоящих в браке 39,52(3,96) лет, для разведенных 39,1(4,65) лет. Средний возраст мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, составил 41,92(4,32).

Срок семейной жизни в последнем браке для замужних женщин, страдающих алкогольной зависимостью, составил 15,27(6,52) лет, количество браков на одного человека 1,71(0,78). Возраст вступления в первый брак 20,39(3,74) лет, в ныне существующий - 26,1(6,32) лет.

Срок семейной жизни в последнем браке для женатых мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, составил 17,44(5,11) лет, количество браков на одного человека 1,24(0,56). Возраст вступления в первый брак 24,08(4,11) года, в ныне существующий - 26,03(5,79) лет.

Все респонденты обследовались только после купирования синдрома отмены, связанного со злоупотреблением алкоголем, в среднем на 10-14 день после последнего употребления алкоголя в любой, даже минимальной дозе.

Характеристика контрольной группы женщин, не страдающих алкогольной зависимостью. Средний возраст здоровых женщин, состоящих

в брачных отношениях, составил 40,31(5,28) лет. Срок семейной жизни в последнем браке составил 19,92(6,04) лет, количество браков на одного человека 1,55(0,76). Возраст вступления в первый брак 21,65(3) год, в существующий в настоящее время – 24,6(6,16) года.

Таким образом, исследуемые группы статистически значимо не отличались друг от друга по среднему возрасту составляющих их лиц, продолжительности семейной жизни, возрасту вступления в брак, числу расторжений браков. Наглядно возрастные и семейно-брачные особенности представленных групп отражены на рисунке 2.1.1.

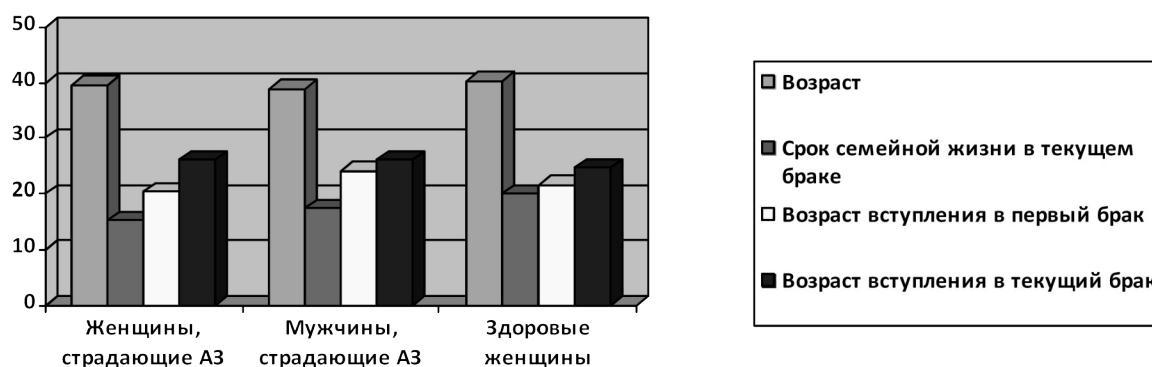


Рисунок 2.1.1 – возрастные и семейно-брачные особенности женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и здоровых женщин.

Для определения уровня антисоциального поведения исследуемых лиц, установлено, что 16% мужчин, 12,9% женщин, состоящих в браке и вторично одиноких в результате расторжения брака, принявших участие в исследовании, ранее были судимы. Женщины, не страдающие алкогольной зависимостью и состоящие в брачных отношениях, судимы не были.

Исследование анамнеза респондентов выявило, что большинство из них имеют наследственную отягощенность психической и наркологической патологией. Алкогольная зависимость по отцовской линии имела наибольший удельный вес, составив 31% у здоровых женщин, 77% у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях, 68% у женщин,

страдающих алкогольной зависимостью, вторично одиноких в результате расторжения брака, 61% у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. В то же время алкогольная зависимость по линии матери встретилась в одном проценте случаев среди женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, в 32% у женщин, страдающих алкогольной зависимостью и состоящих в брачных отношениях, в 26% случаев среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, вторично одиноких в результате расторжения брака, в десяти процентах случаев у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Наследственная отягощенность суицидом близкого родственника представлена в шести процентах случаев среди женщин, не страдающих алкогольной зависимостью и состоящих в брачных отношениях, в 16% случаев в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в браке, в десяти процентах случаев среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, вторично одиноких в результате расторжения брака, в 16% случаев у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Среди близких родственников, которые в течение жизни наблюдались у психиатра, в группе женщин, не страдающих алкогольной зависимостью, не встретилось ни одного случая, в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью, их 16%, среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, вторично одиноких в результате расторжения брака – 13%, среди мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, – шесть процентов.

Наглядно наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами в абсолютных и относительных числах представлена в таблице 2.1.1

Таблица 2.1.1

Наследственная отягощенность психическими и наркологическими
заболеваниями в исследуемых группах

Признак	Здоровые женщины		Замужние женщины, страдающие АЗ		Разведенные женщины, страдающие АЗ		Мужчины, страдающие АЗ	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
Алкогольная зависимость отца	19	31%	48	77%	42	68%	38	61%
Алкогольная зависимость матери	1	2%	20	32%	16	26%	6	10%
Суицид близкого родственника	4	6%	10	16%	6	10%	10	16%
Наличие родственника, страдающего психическим расстройством	0	0	10	16%	8	13%	4	6%

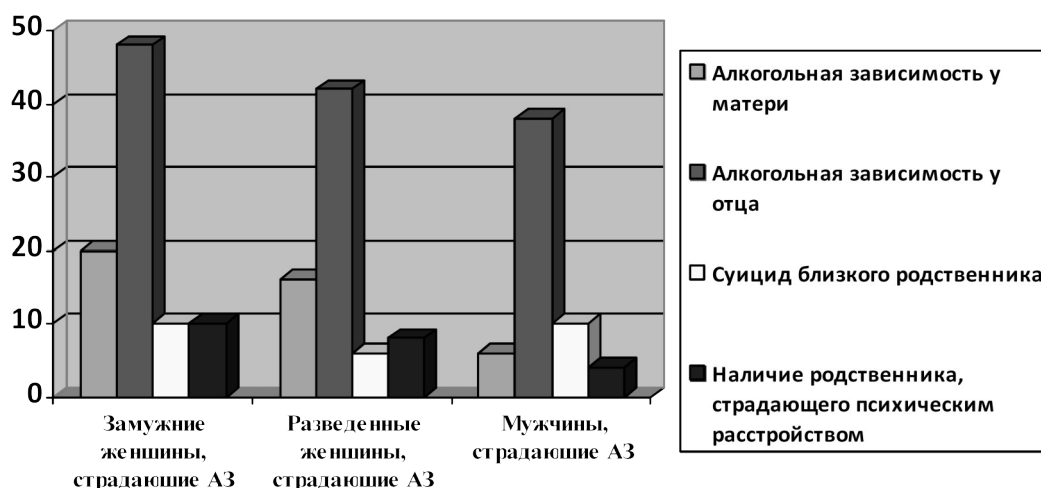


Рисунок 2.1.2 – Наследственная отягощенность психопатологией лиц, страдающих алкогольной зависимостью (в абсолютных цифрах)

Наследственная отягощенность психическими расстройствами в экспериментальной группе в абсолютных цифрах представлена на рисунке 2.1.2.

По типу прогрессивности течения алкогольной зависимости обследованные респонденты распределились следующим образом: высокопрогрессивное (злокачественное) течение – 84% у женщин, состоящих в браке, 81% у разведенных женщин, 31% у мужчин; среднепрогрессивное течение – 16% у замужних женщин, 19% – у разведенных женщин, 55% – у мужчин, малопрогрессивное течение – 15% у мужчин, в исследуемых группах женщин не встречалось.

Средняя продолжительность псевдозапойного периода в группе замужних женщин составила 21,25(10,4) дней, максимальный нетерапевтический «светлый промежуток» – 87(57,33) дня. Толерантность к алкоголю в этой группе в среднем составила 0,87(0,31) литров в сутки в пересчете на водочный эквивалент.

Средняя продолжительность псевдозапойного периода в группе разведенных составила 19,1(14,3) дней, максимальный нетерапевтический «светлый промежуток» – 111(86,36) дней. Толерантность к алкоголю в этой группе в среднем составила 0,81(0,31) литров в сутки в пересчете на водочный эквивалент.

Средняя продолжительность псевдозапойного периода в исследуемой группе мужчин составила 8(7,21) дней, максимальный нетерапевтический

«светлый промежуток» – 48(34,01) дней. Толерантность к алкоголю в этой группе в среднем составила 1,14(0,45) литров в сутки в пересчете на водочный эквивалент.

Употребление тяжелых суррогатов алкоголя обнаружено у 19% мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, у шести процентов замужних женщин и у трех процентов из группы вторично одиноких в результате расторжения брака. Реанимационные мероприятия в связи с отравлением алкоголем и его суррогатами оказывались у 40% мужчин и у 3% вторично одиноких женщин в результате расторжения брака, в группе замужних женщин не отмечались. Алкогольные психозы (во всех случаях был диагностирован алкогольный делирий) ранее перенесли 13% замужних женщин, 10% вторично одиноких в результате расторжения брака женщин, 21% мужчин.

Ранее лечились от алкогольной зависимости 94% замужних женщин 2,6(1,4) раз, 97% и 1,9(0,87) раз – вторично одиноких в результате расторжения брака женщин и 37% и 1,3(2,42) раза – мужчин. После проведенного комплексного лечения возобновляли прием алкоголя 94% замужних женщин, 90% вторично одиноких женщин и 70% мужчин.

Описанные клинические особенности исследуемых групп представлены в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2

Наркологические особенности лиц, представленных в экспериментальной группе исследования

Признак	Замужние женщины	Разведенные женщины	Мужчины
Высокий тип прогредиентности	52(84%)	50(81%)	19(31%)
Средний тип	10(16%)	12(19%)	34(55%)

прогредиентности			
Низкий тип прогредиентности	0	0	9(15%)
Светлый промежуток (дни)	87(57,33)	111(86,36)	48(34,01)

Продолжение таблицы 2.1.2

Средняя продолжительность псевдозапоя (дни)	21,25(10,4)	19,1(14,3)	8(7,21)
Толерантность, л (в пересчете на водочный эквивалент)	0,87(0,31)	0,81(0,33)	1,14(0,45)
Употребление тяжелых суррогатов	4(6%)	2(3%)	12(19%)
Реанимационные мероприятия	0	2(3%)	25(40%)
Алкогольные психозы	8(13%)	6(10%)	13(21%)

Терапевтические аспекты лиц, страдающих алкогольной зависимостью, представлены на рисунке 2.1.3.

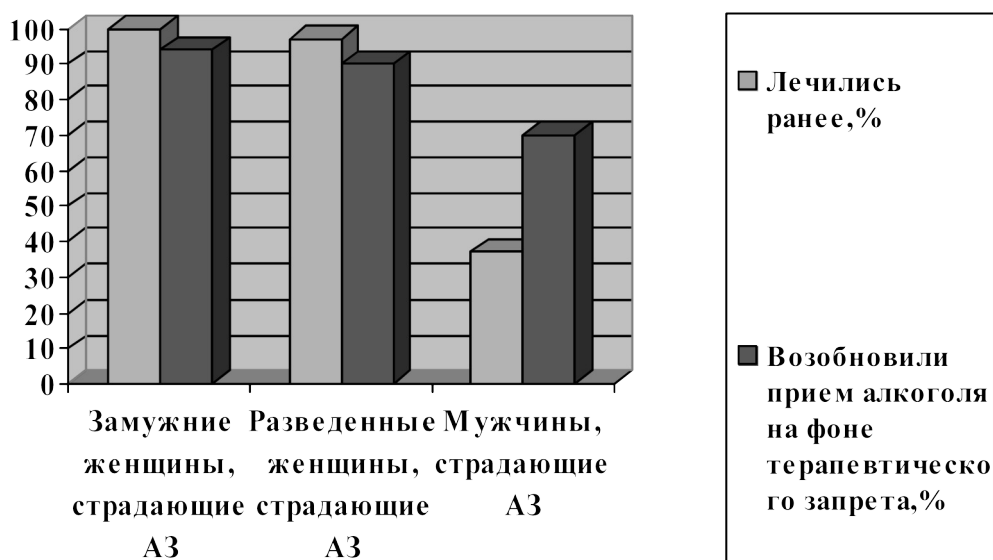


Рис. 2.1.3 - терапевтические особенности респондентов, страдающих алкогольной зависимостью.

Клинически переход в исследуемых группах во II стадию алкогольной зависимости был осуществлен в течение шести – десяти лет. Средний возраст начала употребления алкоголя для женщин, состоящих в браке, составил 26(4,55) лет, для вторично одиноких в результате расторжения брака женщин – 25(4,85), для мужчин – 22(2,88). Синдром отмены, связанный с употреблением алкоголя, в исследуемой группе женщин сформировался в 32(4,68) года, у вторично одиноких в результате расторжения брака женщин – в 32(4,64) года, у мужчин – в 32(5,21) года. Таким образом, несмотря на более позднее начало употребления алкоголя в женской популяции (в среднем, на четыре года) по сравнению с мужчинами, формирование алкогольной зависимости и переход во вторую клиническую осуществляется, в среднем, в одном возрасте.

2.2 Методология и методы проведения исследования

2.2.1 Принцип деления выборки на группы и организация исследования

Дизайн диссертационного исследования подразумевал рандомизированное деление общей выборки на основную (экспериментальную) и контрольную группу, каждая из которых в свою очередь представлена двумя подгруппами. Основанием для разделения служило отсутствие либо наличие признаков алкогольной зависимости среди респондентов для одной контрольной группы, а для второй – мужской либо женский пол испытуемых. Рандомизация проходила после подтверждения включения респондента в исследование в соответствии с критериями включения и исключения, описанными в параграфе 2.1.

Перед непосредственным проведением исследования была оценена мощность выборки, которая оказалась достаточной для получения статистически значимых результатов (в данном исследовании мощность $>0,81$ достигается при количестве респондентов не менее 30 человек в группе).

Общее количество респондентов (248 человек), включенных в исследование, разделено на экспериментальную (основную) (124 человек) группу и контрольную (124 человека) группу.

2.2.2 Характеристика методов исследования

В исследовании использовались:

1. клинико-психопатологический метод;
2. экспериментально-психологический;
3. методы статистической обработки данных.

Клинические и психопатологические особенности оценивались с помощью данных историй болезней обследованных. Основными учитываемыми при исследовании сведениями являлись: возраст, профессиональный, социальный и семейный статус, образование, наследственная отягощенность, перенесенные заболевания и протекание алкогольной зависимости, преморбидные особенности личности, аутоагрессивное поведение, особенности эмоциональной сферы, состояние соматического здоровья, особенности ремиссии, а также проводимая психофармакотерапия и психотерапия.

Диагноз выставлялся в соответствии с критериями алкогольной зависимости по МКБ–10.

Основным диагностическим материалом при проведении исследования являлся «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [147]. Данный опросник предлагался каждому участнику исследования и заполнялся вместе с врачом. Наличие или отсутствие какого-либо признака было оценено у исследуемых в нескольких отрезках времени: последние два года, до брака, за период брака, в анамнезе вообще среди лиц, состоящих в браке; для лиц,

подвергнутых супружеской сепарации в результате расторжения брака, учитывался также признак после развода.

Учитывая многообразие проявлений суицидальной и несуицидальной аутоагрессии данная методика [146] позволяет выявить и оценить паттерны и предикторы аутоагрессивного поведения по направлениям:

- *Суицидальная («классическая») аутоагрессия* – представлена суицидальными попытками, мыслями, осознанными самоповреждениями (чтобы «убрать боль», манипулировать другими, «проверить себя» и т.п.).

- *Семейная аутоагрессия*, может быть оценена по наличию и количеству разводов, неудавшихся браков, отсутствию детей, частому наличию чувства одиночества и ощущению безысходности.

- *Аутоагрессия в профессиональной сфере* проявляется отсутствием работы на момент исследования, трудностями в трудоустройстве, частой сменой места работы.

- *Соматическая аутоагрессия* проявляется наличием тяжелого хронического соматического заболевания, большим количеством бытовых ожогов, в особенности тяжелых, большим числом оперативных вмешательств.

- *Аутоагрессия в виде рискованного поведения* проявляет себя наличием в анамнезе переломов, черепно-мозговых травм, несчастных случаев (дорожно-транспортных происшествий, пожаров и т.п.), опасных для жизни и здоровья хобби и увлечений, а также употреблением суррогатов и низкопробного алкоголя.

- *Аутоагрессия в виде антисоциального поведения* характеризуется провокацией физического насилия (в том числе и от сотрудников полиции), наличием судимостей, гетероагрессивным поведением как в трезвом виде, так и в состоянии алкогольного опьянения.

- *Аутоагрессия в виде сопутствующей психопатологии* проявляется обращением к психиатру или психотерапевту по поводу сопутствующих, не связанных с алкогольной зависимостью заболеваний (в основном, невротического, посттравматического и аффективного характера).

Текст опросника представлен в приложении 1.

Для количественного измерения проявлений аутоагрессии использовалось вычисление коэффициента просуицидальной напряженности (КПСН), представленного средним значением суммы ранжированных по степени выраженности компонентов [64].

Экспериментально-психологические методики в исследовании представлены следующими тестами:

1. Тест Mini-Mult [37], сокращенный вариант ММРІ, включающий 71 вопрос. ММРІ был предложен американскими психологами в 40–50 годах. Адаптация была проведена в СССР в 60-х годах в институте им. В. Н. Бехтерева.

Тест содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала измеряет свойство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого с социопатическим вариантом развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость.

Текст опросника приведен в приложении 2.

3. Тест диагностики психологических защитных механизмов, также известный, как LSI (Life Style Index) [94;95]. Механизмы психологической защиты развиваются в детстве для сдерживания, регуляции определенной эмоции; все защиты в своей основе имеют механизм подавления, который

первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха. Предполагается, что существует восемь базисных защит, которые тесно связаны с восемью базисными эмоциями психозволюционной теории. Существование защит позволяет косвенно измерить уровни внутриличностного конфликта, т.е. дезадаптированные люди должны использовать защиты в большей степени, чем адаптированные личности. Защитные механизмы стараются свести до минимального негативные, травмирующие личность переживания. Эти переживания в основном связаны с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги или дискомфорта. Механизмы защиты помогают сохранить стабильность своей самооценки, представлений о себе и о мире. Также они могут выступать в роли буферов, стараясь не допустить очень близко к сознанию слишком сильные разочарования и угрозы, которые приносит жизнь. В тех случаях, когда индивид не может справиться с тревогой или страхом, защитные механизмы искажают реальную действительность с целью сохранения психологического здоровья.

Текст опросника приведен в приложении 3.

4. Опросник STAXI [104], использован для оценки переживания гнева и соотношения его с параметрами гетероагрессии и аутоагрессии. Опросник включает в себя несколько шкал для дифференцированной оценки состояния гнева и адаптирован к применению в Российской Федерации.

Текст опросника приведен в приложении 4.

Статистическая обработка данных проведена методами параметрической и непараметрической статистики с использованием руководства по медицинской статистике [103] и компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 7.0. Статистический анализ состоял из двух этапов: описательного и аналитического. На первом этапе анализа полученные данные были проверены на характер распределения, нормальное распределение устанавливалось визуально с помощью соответствующей гистограммы и с использованием критерия Шапиро-Уилка. [103]. Описание полученного массива данных для

переменных с нормальным типом распределения производилось в виде $M (SD)$, где M - это среднее значение, а SD – среднее квадратическое отклонение.

На втором этапе проводился анализ результатов. При распределении признака, приближенного к нормальному, был применен t-критерий Стьюдента с расчетом числа степеней свободы для него (df). В случаях распределения признака, отличного от нормального, а также для описания качественных признаков, применен критерий согласия Пирсона (χ^2 - хи-квадрат), проанализированный при составлении таблиц сопряженности 2×2 . Отношение шансов (ОШ) использовано для количественного описания тесноты связи признаков в исследуемых группах, а далее приведены границы доверительного интервала для отношения шансов ДИ(ОШ) в виде [нижняя граница ДИ(ОШ); верхняя граница ДИ(ОШ)], если границы ДИ(ОШ) не включали единицу, то результаты считались статистически значимыми.

Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$ [103].

ГЛАВА 3

АУТОАГРЕССИВНЫЕ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В данной главе приведены результаты настоящего исследования в контексте аутоагрессивного поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью, а также дана оценка влияния расторжения брака на суицидальность женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3.1. Аутоагрессивность женщин, страдающих алкогольной зависимостью

Для оценки показателей классической суицидальности, структуры аутоагрессивных паттернов и их предикторов, наркологических и личностно-психологических особенностей, встречающихся у субъектов исследования (женщины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в брачных отношениях), проведены серии сравнений.

а) Замужние женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью, для выяснения влияния алкогольной зависимости на показатели классической аутоагрессии (суицидальные мысли и действия);

б) Замужние женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью, в плане оценки статистически значимых отличий в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в среде больных алкогольной зависимостью;

в) Замужние женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью, в плане оценки статистически значимых отличий предикторов суицидального поведения в среде больных алкогольной зависимостью;

г) Замужние женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью, на предмет отличий в плане тех психологических особенностей, которые могут способствовать формированию и развитию аутоагрессивного поведения среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3.1.1 Представленность классических суицидальных паттернов в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью, и здоровых женщин

При сравнении показателей классической аутоагрессии женщин, страдающих алкогольной зависимостью и здоровых женщин, выявлены следующие статистически значимые отличия.

Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, по всем оцененным показателям имеют статистически значимые отличия от здоровых женщин (суицидальные мысли и попытки до брака, в период брака, за последние 2 года). Результаты изложены в таблице 3.1.1

Таблица 3.1.1

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия в отношении суицидальных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении со здоровыми респондентками

Признак	Абс.знач. (%) Женщины страдающие АЗ	Абс.знач. (%) здоровые женщины	Значение критерия χ^2	Значение df	P	ОШ	(ОШ)ДИ
Суицидальная попытка	4 (6,45%)	0(0%)	4,13	1	0,0421		

последние два года							
Суицидальная попытка в период брака	10 (16,13%)	1(1,61%)	8,08	1	0,0045	11,7	[1,42; 96,98]

Продолжение таблицы 3.1.1

Суицидальная попытка в анамнезе вообще	12 (19,35%)	1(1,61%)	10,40	1	0,0013	14,6	[1,8; 119,27]
Суицидальные мысли в последние два года	10 (16,13%)	0(0%)	10,88	1	0,0010		
Суицидальные мысли в период брака	12 (19,35%)	1(1,61%)	10,40	1	0,0013	14,6	[1,8; 119,27]
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	16 (25,81%)	3(4,84%)	10,50	1	0,0012	6,8	[1,86; 25,27]
Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) за последние два года M(SD)	0,3 (0,18)	0,07(0,1)		81, 47	0,001		
Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) в анамнезе вообще M(SD)	0,57 (0,27)	0,16(0,1)		78, 02	0,001		

Результаты, приведенные в таблице 3.1.1, убедительно показывают, что между исследованными группами в плане классической суицидальной активности (суицидальные попытки, суицидальные мысли) имеются очень большие отличия. При анализе аутоагрессивного статуса и представленности предикторов саморазрушающего поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью, обнаружены следующие закономерности. Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, представляют гораздо более аутоагрессивную группу в сравнении с группой контроля. По таким

классическим паттернам аутодеструктивного поведения, как суицидальные мысли в период брака, а также суицидальная попытка в период брака, показатели в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью выше в 12 и десять раз соответственно. Обращает на себя внимание их высокая суицидальная активность в фиксированный промежуток времени (последние два года до проводимого обследования), что свидетельствует о высоком суицидальном риске в исследуемой группе непосредственно в момент исследования, что естественно требует необходимой терапевтической коррекции. Кроме того, данный факт говорит не в пользу случайного накопления признака в течение всей жизни респонденток исследуемой группы. Все это позволяет отнести группу женщин, страдающих алкогольной зависимостью, к пулу лиц с очень высокими показателями классической аутоагрессии в сравнении со среднепопуляционными показателями. Уже одно это диктует необходимость разработки эффективных моделей, способных снизить суицидальный риск рассматриваемой группы. Наличие суицидальной попытки в анамнезе у женщин имеет важное прогностическое и профилактическое значение в плане повторения попытки [16; 19]. Суицидальная активность (выраженная в мыслях и предпринимаемых попытках) с течением времени в исследованных промежутках не увеличивается в среде здоровых женщин (контрольная группа), чего нельзя сказать о респондентках из экспериментальной группы. При изначально более высоком уровне аутоагрессии женщины, страдающие алкогольной зависимостью, увеличивают свои «шансы» на завершённый суицид по мере прогрессирования основного заболевания.

Аутоагрессивная сфера исследуемых была параметрически оценена с использованием коэффициента просуицидальной напряженности (КПСН). Данный показатель эффективен при оценке психотерапевтических и профилактических интервенций в аспектах аутоагрессивных моделей поведения и представлен средним значением суммы ранжированных по степени выраженности компонентов [64].

3.1.2 Несуицидальные аутоагрессивные паттерны у женщин, страдающих алкогольной зависимостью

В отношении присутствия паттернов несуицидального аутоагрессивного поведения женщины, страдающие алкогольной зависимостью, также существенно отличаются от здоровых женщин. Результаты сравнения групп приведены в таблице 3.1.2.

Таблица 3.1.2

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении со здоровыми респондентками

Признак	Абс. знач. (n) у страдающих АЗ	Абс. знач. (%) n=623 здоровые женщины	Значение критерия χ^2	Значение df	P	ОШ	(ОШ)ДИ
Подверженность насилию в последние два года	10 (16,13%)	1(1,61%)	8,08	1	0,0045	11,8	[1,42; 96,98]
Подверженность насилию в добрачный период	6 (9,68%)	0(0%)	6,31	1	0,0120		
Подверженность	10 (16,13%)	1(1,61%)	8,08	1	0,0045	11,7	[1,42;

насилию в период брака							96,98]
Подверженность насилию в анамнезе вообще	14 (22,58%)	1(1,61%)	12,82	1	0,0003	17,8	[2,21; 143,6]

Продолжение таблицы 3.1.2

Черепно-мозговые травмы в анамнезе	18 (29,03%)	2(3,23%)	15,26	1	0,0001	12,3	[2,68; 56,64]
Употребление наркотических веществ (несистематическое)	12 (19,35%)	1(1,61%)	10,40	1	0,0013	14,6	[1,8; 119,3]

В таблице 3.1.2 наглядно продемонстрировано, что подверженность насилию (как физическому, так и сексуальному), как одному из несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения, среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно выше, как в период брака, так и до него. В брачный период этот показатель «растет» (16,13% против 9,68%), что больше половины женщин, страдающих алкогольной зависимостью, при расспросе связали с фактами внутрисемейного насилия, которое было обнаружено нами в подавляющем проценте семей (вероятно, это связано и с тем, что большее число исследованных женщин проживает с супругом, также страдающим алкогольной зависимостью). Однако жертвами насилия они становятся и за пределами дома (это, в частности, связано и с частотой черепно-мозговых травм), значительно чаще обнаруживаемых в группе. Таким образом, в исследовании показано, что поведение жертвы само по себе может предрасполагать к развитию алкогольной зависимости, как еще одного фактора аутоагрессивного поведения, а в дальнейшем эти два важных показателя могут взаимно отягощать друг друга. В этой группе также чаще встречаются такие паттерны несуйцидального аутоагрессивного поведения, как эпизоды импульсивного приёма психоактивных веществ.

Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, обнаруживают выраженные элементы агрессивного и антисоциального поведения, вплоть до уголовного преследования и отбывания наказания в местах лишения свободы.

Наряду с суицидальными паттернами поведения в экспериментальной группе респонденток выявлена склонность к гетероагрессии (что будет продемонстрировано далее на основании данных, отраженных в таблице 3.1.3), сопровождающаяся частыми актами насилия в отношении подобных респондентов (поскольку насилие зачастую провоцируется собственным агрессивным и провоцирующим поведением, а также фактами семейного насилия).

Полученные в исследовании данные указывают на связь между аутоагрессивным и гетероагрессивным поведением и позволяют рассматривать повышенную агрессивность женщин с алкогольной зависимостью как один из факторов склонности к аутоагрессивным, в частности суицидальным, типам реакций, что соотносится с данными, описанными в литературе, касательно мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [64; 67; 69; 146].

3.1.3 Представленность предикторов суицидального поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью

При анализе полученных данных выяснено, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, имеют ряд предикторов суицидального поведения, которые значительно отличают их от здоровых женщин. Результаты сравнения исследованных групп приведены в таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия отдельных основных предикторов аутоагрессивного поведения исследуемых групп

Признак	Абс.знач.(%) n=63	Абс.знач.(%) n=62	Значение критерия χ^2	Значение df	P	ОШ	ДИ(ОШ)
Длительное переживание чувства вины	48 (77,42%)	17 (27,42%)	31,07	1	0,0001	15,9	[6,53; 38,85]

Продолжение таблицы 3.1.3

Склонность долго переживать стыд	36 (58,06%)	7 (11,29%)	27,91	1	0,0001	10,9	[4,24; 28,01]
Неоправданный риск в последние два года	26 (41,94%)	2 (3,23%)	26,57	1	0,0001	21,7	[4,79; 98,49]
Неоправданный риск в добрачный период	22 (35,48%)	1 (1,61%)	23,54	1	0,0001	33,6	[4,26; 265,1]
Неоправданный риск в период брака	28 (45,16%)	1(1,61%)	32,81	1	0,0001	50,2	[6,42; 395,1]
Опасные склонности, привычки, хобби	16 (25,81%)	2 (3,23%)	12,74	1	0,0004	10,4	[2,25; 48,52]
Моменты острого одиночества	34 (54,84%)	6 (9,68%)	28,93	1	0,0001	12,1	[4,5;3 2,63]
Моменты безысходности	40 (64,52%)	11 (17,74%)	28,01	1	0,0001	8,4	[3,63; 19,6]
Склонность к перееданию, отказу от пищи	42 (67,74%)	24 (38,71%)	10,50	1	0,0012	3,3	[1,58; 7,02]
Отсутствие смысла жизни	12 (19,35%)	2 (3,23%)	8,05	1	0,0045	7,2	[1,52; 34,29]
Частые угрызения совести	48 (77,42%)	15 (24,19%)	35,14	1	0,0001	20,2	[7,95; 51,46]
Комплекс неполноценности	30 (48,39%)	10 (16,12%)	14,76	1	0,0001	4,9	[2,09; 11,41]
Субъективная уверенность в наличии физического недостатка	20 (32,26%)	3 (4,84%)	15,43	1	0,0001	9,4	[2,58; 34,07]
Гетероагрессивность	36 (58,06%)	11 (17,74%)	21,41	1	0,0001	6,4	[2,79; 14,78]

Рассматривая частоту предикторов аутоагрессивного поведения, можно констатировать, что в отношении большинства из них экспериментальная группа имеет статистически значимые отличия по сравнению с контрольной.

Они представлены большинством наиболее изученных и используемых предикторов [146]. В таблице представлен как «импринтинговый» блок предикторов (суициденты среди близких родственников и друзей), и блок суицидогенных эмоциональных состояний.

Кроме того, такие предикторы аутоагрессивного поведения, как отсутствие «смысла жизни», чувство одиночества и безысходности в большей мере характеризуют именно женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Более половины из них имеют сформировавшийся в течение жизни комплекс неполноценности, а треть обнаруживает у себя какой-либо значимый физический или интеллектуальный недостаток, который в большинстве случаев при выяснении подробностей со стороны крайне сложно отнести к таковым (толстая, невысокая и т.д.).

Следует отметить также крайне низкую уверенность в длительной последующей жизни, что несомненно отражает наличие негативного психологического фона на длительную жизнь вообще в рассматриваемой группе.

3.1.4 Личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте их аутоагрессивного поведения

В исследовании были рассмотрены и оценены основные значимые для суицидологической практики личностно-психологические особенности респонденток из рассматриваемых групп. Основные статистически значимые отличия приведены в таблице 3.1.4.

Таблица 3.1.4

Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических

показателей у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению с группой контроля (пары сравнения с $p < 0,05$)

Признак	Женщины, страдающие АЗ M(SD)	Здоровые женщины M(SD)	Значение df	p
Тест Mini-Mult				
Шкала Mini-Mult Hy	11,77(3,82)	8,47(3,21)	115,84	0,00001
Шкала Mini-Mult Hs	6,63(2,10)	3,45(2,45)	117,23	0,0001
Шкала Mini-Mult D	8,56(3,29)	6,55(2,56)	113,27	0,0001
Шкала Mini-Mult Pd	9,27(3,18)	5,42(2,18)	107,25	0,0001
Шкала Mini-Mult Pa	5,87(2,36)	3,63(2,22)	118,47	0,0001
Шкала Mini-Mult Sch	9,79(4,29)	4,47(3,09)	102,67	0,0001
Тест Плутчика-Келлермана-Конте				
Использование защитного механизма «Замещение»	4,61(2,40)	3,02(2,00)	117,55	0,0001
Использование защитного механизма «Вытеснение»	4,92(2,01)	2,87(1,77)	117,65	0,0001
Использование защитного механизма «Регрессия»	7,16(2,99)	4,52(2,45)	118,27	0,0001
Использование защитного механизма «Проекция»	9,18(2,78)	7,19(3,30)	117,06	0,0004
Тест STAXI				
Шкала теста TRATE-ANGER/R (агрессия как черта характера)	21,56(6,27)	17,06(4,97)	111,37	0,00002
Шкала теста TRATE-ANGER/T (агрессия как темперамент)	5,27(1,67)	4,18(1,34)	118,51	0,0001

Продолжение таблицы 3.1.4

Шкала теста STAXI AX/IN (направленность гнева на себя)	16,10(4,19)	12,65(3,20)	111,63	0,000001
Шкала теста STAXI AX/OUT (направленность гнева вовне)	14,60(3,62)	11,90(2,57)	107,43	0,000005

В экспериментальной группе отмечаются высокие показатели следующих шкал Mini-Mult: Hs, D, Hy, Pd, Pa, Sch. Данное сочетание противоречиво, дисгармонично, указывает, с одной стороны, на импульсивность, конфликтность, раздражительность, обидчивость, склонность к формированию аффективно заряженных «сверхценных идей»; с другой, на демонстративность, желание нравиться окружающим, на потребность соответствовать интересам и установкам субъективно значимой группы. Проявляется неустойчивый баланс между подавленной враждебностью, эгоцентрическими тенденциями, выраженным субъективизмом и недостаточной уверенностью в себе, чертами зависимости в отношении авторитетной личности, потребностью в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении. Успешной личностной адаптации мешают черты инфантильности, ребячливости, поверхностности, стремление «уйти» от реальности и ее проблем в мир мечты и фантазии. Сочетание повышенной импульсивности и агрессивности (Pa, Pd) с депрессивной окраской настроения вплоть до подавленности (D) несет в себе суицидальный риск, причем чем выше значение каждой из шкал, тем он сильнее выражен. Добавление же черт демонстративности, личностной незрелости и ребячливости (Hy) повышает вероятность демонстративного суицида, что в целом соотносится с данными литературы о вариантах суицидального поведения, характерных для женщин, страдающих алкогольной зависимостью [6; 16; 19; 111].

Обращает на себя внимание то, что защитные механизмы, обнаруженные в исследовании данного контингента женщин, вполне соотносятся с их личностными особенностями (Ну – вытеснение, регрессия, Pd – вытеснение, Pa – проекция). Они относятся к инфантильным и невротическим защитным механизмам и отражают уровень личностной организации индивида, в данном случае – его недостаточную зрелость и личностную структурированность.

Для женщин исследуемой группы крайне характерно использование такого защитного механизма, как замещение (смещение); проявление аффективного импульса (чувства), например, гнева у них переадресовывается от более угрожающего предмета, ситуации или человека к менее угрожающему, т.е. на относительно безобидный объект.

Склонность исследуемой группы женщин направлять агрессию не только вовне, но и на себя (о чем можно судить по вышеописанным личностным диспозициям), свидетельствует о том, что часто смещение импульса направлено против себя самого. Враждебные чувства, испытываемые к другим, переадресуются себе, что вызывает ощущение подавленности и осуждение самого себя, то есть, можно с большой уверенностью предположить, что психологическая защита в данном случае несет деструктивный, разрушающий характер.

3.2 Влияние расторжения брака на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью

Для оценки влияния супружеской сепарации в результате расторжения брака на суицидологические и личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, проведены следующие серии сравнений:

а) Замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки влияния распада брачных отношений на представленность показателей классической аутоагрессии;

б) Замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки влияния расторжения брака на представленность несуйцидальных аутоагрессивных паттернов;

в) Замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки влияния расторжения брака на показатели ряда предикторов аутоагрессивного поведения;

г) Замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью, в плане оценки личностно-психологических особенностей у разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3.2.1 Представленность классических (суйцидальных) паттернов в сравняваемых группах (замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью)

Таблица 3.2.1

Показатели классической аутоагрессии замужних и разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью

Признак	Абс. знач. (n) женщины	Абс. знач. (%) n=62 Разведенные женщины	Значение критерия χ^2	Значение df	P	ОШ	ДИ(ОШ)
Суицидальная попытка в последние два года	4 (6,45%)	12 (19,35%)	4,59	1	0,0321	0,29	[0,09; 0,96]
Суицидальная попытка в период брака	10 (16,13%)	6 (9,68%)	0,65	1	0,4216*	1,79	[0,6; 5,35]

Продолжение таблицы 3.2.1

Суицидальная попытка в анамнезе вообще	12 (19,35%)	6(9,68%)	1,62	1	0,2024*	1	[0,33; 3,01]
Суицидальные мысли в последние два года	10 (16,13%)	10 (16,13%)	0,06	1	0,8071*	1	[0,38; 2,63]
Суицидальные мысли в период брака	12 (19,35%)	6(9,68%)	1,62	1	0,2024*	2,24	[0,77; 6,49]
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	16 (25,81%)	12 (19,35%)	0,42	1	0,5194*	1,7	[0,73; 3,97]

Примечание к таблице 3.2.1: «» помечены статистически не значимые отличия.*

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, показывают, что расторжение брака в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью, статистически значимо оказывает влияние на формирование активных антивитаальных тенденций в определенный промежуток времени. Суицидальные попытки в исследуемых группах и среди родственников респонденток, а также суицидальные мысли в количественном эквиваленте не имеют статистически значимых отличий ($p < 0,05$), за исключением показателя «суицидальная попытка за последние два года». «Визуально» хорошо видно, что количество суицидальных паттернов растет последние два года в группе разведенных женщин, что во всех случаях пришлось на период расторжения брака, чего практически не отмечалось в группе разведенных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, продемонстрированных в более ранних исследованиях [64]. Это можно расценить, как непосредственную реакцию на фактическое одиночество. В исследовании продемонстрировано, что в группе впоследствии разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в период их семейной жизни количество суицидальных паттернов было даже ниже, чем в группе женщин, страдающих алкогольной

зависимостью, по-прежнему проживающих в браке. Что может означать эта тенденция, возможно, ответят дальнейшие исследования. В значительной степени это может быть связано с тем, что в большинстве случаев супруги женщин, страдающих алкогольной зависимостью, также имеют данную патологию и в свою очередь негативно влияют на своих жен в плане развития и прогрессирования антивитаальных тенденций. Таким образом, разрыв данных «порочных» отношений является одним из механизмов, улучшающих прогноз для женщины.

В результате проведенного исследования в группах сравнения замужних и разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью, не было обнаружено статистически значимых отличий среди несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения.

3.2.2 Влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на представленность предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах

В ходе исследования произведена оценка основных статистически значимых отличий в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в среде замужних и разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Результаты сравнений представлены в таблице 3.2.2

Таблица 3.2.2

Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия в спектре предикторов
суицидального поведения исследуемых групп

Признак	Абс.знач. (n)	Абс.знач. (%) (n=62)	Значение критерия χ^2	Значение df	P	ОШ	ДИ(ОШ)
Часто обворывали в последние 2 года	4 (6,45%)	18 (29,03%)	3,98	1	0,0481	0,17	[0,05; 0,54]

Продолжение таблицы 3.2.2

Моменты безысходности в период брака	40 (64,52%)	18 (29,03%)	6,48	1	0,0109	4,44	[2,07; 9,55]
Отсутствие «смысла жизни»	52 (83,87%)	32 (51,61%)	5,98	1	0,0145	4,48	[2,09; 11,4]
Угрызения совести в период брака	48 (77,42%)	22 (35,48%)	9,45	1	0,021	6,23	[2,8;1 3,88]
Комплекс неполноценности в период брака	30 (48,39%)	12 (19,35%)	4,61	1	0,0318	3,9	[1,74; 8,8]
Склонность к перееданию, отказу от пищи в период брака	42 (67,74%)	20 (32,26%)	6,45	1	0,0111	4,41	[2,07; 9,55]

Результаты, приведенные в таблице 3.2.2, показывают, что супружеская сепарация в результате расторжения брака в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью, связана с присутствием большого количества предикторов аутоагрессивного поведения, как в течение всей жизни, так и, что наиболее показательно, в последние два года (которые приходятся на послеразводный период в группе разведенных женщин).

Интересным оказывается тот факт, что предикторы аутоагрессивного поведения, такие, как длительное переживание чувства стыда, неоправданный риск, моменты безысходности, угрызения совести и др., гораздо в большей степени характерны для женщин, состоящих в брачных отношениях по сравнению с вторично одинокими (в результате расторжения брака). Вероятно, что при наличии мужа, страдающего алкогольной зависимостью, наряду с собственной аутоагрессией, связанной со своей зависимостью, они параллельно выполняют роль созависимой спутницы, т.н. «спасительницы», что порождает неуверенность в себе и формирование депрессивных переживаний [81; 120; 137], соответственно при расторжении брака эта функция становится невостребованной. Также можно высказать предположение, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, удерживающиеся в браке и

находящиеся в состоянии развода, с позиций аутоагрессивного поведения изначально несколько отличные группы. И судя по ряду отмеченных тенденций, проживание с созависимым супругом, возможно, более суицидоопасное состояние, нежели вторичное одиночество в результате распада брака. Данное положение, безусловно, нуждается в дальнейшем углубленном исследовании.

3.3.3 Влияние супружеской сепарации в результате расторжения брака на личностно-психологические особенности исследуемых групп

При исследовании личностно-психологических черт обеих групп женщин, страдающих алкогольной зависимостью, выяснено, что в их отношении это достаточно однородные группы. В исследовании обнаружено единственное статистически значимое отличие – высокие значения в группе разведенных женщин по показателям гипомании (тест Mini-Mult) ($p=0,0022$). Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Любят частые перемены, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости. Все это, вероятно, и способно приводить к ситуации развода, поскольку отсутствует субмиссивная позиция в отношении супруга, часто с переоценкой собственных возможностей.

ГЛАВА 4

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНЫХ, ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Для оценки гендерных различий в отношении аутоагрессивных показателей и личностно-психологических особенностей в популяции страдающих алкогольной зависимостью проведены следующие серии сравнений:

а) женщины и мужчины, состоящие в брачных отношениях, страдающие алкогольной зависимостью, для выявления значимых гендерных отличий в спектре классической аутоагрессии (суицидальные мысли и действия);

б) женщины и мужчины, состоящие в брачных отношениях, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки значимых отличий между мужчинами и женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутоагрессивного поведения;

в) женщины и мужчины, состоящие в брачных отношениях, страдающие алкогольной зависимостью, для выявления личностно-психологических особенностей, значимых для формирования суицидальных тенденций среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

4.1 Представленность классических (суицидальных) паттернов в сравнимых группах (женщины и мужчины, состоящие в брачных отношениях, страдающие алкогольной зависимостью)

Гендерные отличия у страдающих алкогольной зависимостью оценивались в первую очередь с позиций классической аутоагрессии

(суицидальные мысли и действия). Результаты полученных данных представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1

Спектр классической суицидальной аутоагрессивности у мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью и состоящих в брачных отношениях

Признак	Абс.знач. (%) n=62 Женщины	Абс.знач. (%) n=62 Мужчины	Значение критерия χ^2	Значение df	p	ОШ	ДИ(ОШ)
Суицидальная попытка в последние два года	4 (6,45%)	6 (9,68%)	0,44	1	0,5095*	1,4	[0,35; 5,39]
Суицидальная попытка в период брака	10 (16,13%)	11 (17,74%)	0,06	1	0,8108*	2,2	[0,81; 6,04]
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	12 (19,35%)	13 (20,97%)	0,05	1	0,8229*	2,4	[0,92; 6,2]
Суицидальные мысли в последние два года	10 (16,13%)	12 (19,35%)	0,22	1	0,6383*	2	[0,74; 5,35]
Суицидальные мысли в период брака	12 (19,35%)	15 (24,19%)	0,43	1	0,5139*	2	[0,78; 5,05]
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	16 (25,81%)	18 (29,03%)	0,16	1	0,6872*	2,6	[1,06; 6,43]

Примечание: «*» отмечены статистически не значимые отличия.

Как следует из таблицы 4.1, в спектре «классической» аутоагрессивности между мужчинами и женщинами в исследуемых группах статистически значимых отличий не выявлено. Вместе с тем обращает на себя внимание высокая суицидальная активность в целом среди всех испытуемых, страдающих алкогольной зависимостью (21% из обследованных в каждой группе в анамнезе имеют как минимум одну суицидальную попытку, 27% респондентов в каждой из групп указывают на наличие в анамнезе суицидальных мыслей). Полученные данные указывают на высокий риск развития фатального суицидального поведения в контингенте лиц, страдающих алкогольной зависимостью, что соотносится с данными, описанными в литературе [17; 29; 47; 59; 63; 68; 112; 115; 117; 145].

В Российской Федерации частота попыток свести счеты с жизнью в женской популяции существенно превышает таковую у мужчин [22; 106; 140]. Данная статистика касается как девушек молодого возраста, так и зрелых и пожилых женщин [36; 52; 57]. Данные литературы о соотношении количества попыток суицида среди мужчин и женщин разнятся. Считается, что суицидальные попытки в четыре раза чаще встречаются у лиц женского пола [9; 20]. Отмечается, что женщины чаще совершают суицидальные попытки будучи трезвыми, для мужчин же суицидальное поведение более характерно в состоянии алкогольного опьянения [57; 91; 109]. В связи с вышеуказанными данными весьма любопытным оказывается результаты, полученные в данном исследовании, касательно суицидальных попыток у опрошенных мужчин и женщин. Показано, что в количественном эквиваленте число суицидальных попыток у респондентов практически одинаково (19% и 21%), что указывает на то, что алкогольная зависимость «уравнивает» лиц обоих полов по количеству совершаемых попыток суицида. Отметим, что мы не имеем данных о влиянии алкогольной зависимости на представленность фатальных (завершенных) суицидов, поскольку данное направление не рассматривалось в рамках настоящего исследования.

4.2 Гендерные отличия несуйцидальных аутоагрессивных паттернов лиц, страдающих алкогольной зависимостью

В результате исследования установлены статистически значимые отличия в отношении паттернов несуйцидального аутоагрессивного поведения женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Полученные данные представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2

Основные статистически значимые отличия ($p < 0,05$) в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения у женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Признак	Абс.знач. (%) n=62 Мужчины	Абс.знач. (%) n=62 Женщины	Значение критерия χ^2	Значение df	p	ОШ	ДИ(ОШ)
Наличие хронических болезней	37 (59,68%)	30 (48,39%)	4,38	1	0,0363	0,63	[0,26;1,52]
Переломы до брака, более двух	28 (45,16%)	12 (19,35%)	4,87	1	0,0217	0,29	[0,1;0,82]
Переломы в анамнезе вообще, более двух	40 (64,52%)	20 (32,26%)	7,40	1	0,0065	1	[0,4;2,49]
Курение в анамнезе вообще	62 (100%)	48 (77,42%)	12,07	1	0,0005	0,05	[0,01;0,45]

Сигаретные ожоги	13 (20,97%)	2 (3,23%)	3,79	1	0,0514	0,26	[0,05;1,25]
------------------	----------------	--------------	------	---	--------	------	-------------

У мужчин в большей степени представлен ряд несуицидальных аутоагрессивных феноменов. Прежде всего, это касается травматической патологии, более чем в 70% случаев связанной с употреблением алкоголя. Курение в (75% случаев более 1,5 пачек в день) встречается у всех обследованных мужчин. Несмотря на то, что 77% женщин, страдающих алкогольной зависимостью, также являются курильщиками, количество выкуриваемых сигарет у них заметно меньше. Наличие сигаретных ожогов традиционно чаще отмечается у мужчин, причем большинство из них получено не случайно, т.е. имело место прижигание кожи «на спор». У женщин полученные сигаретные ожоги были случайными.

4.3 Гендерные отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью

В ходе проведенного исследования вместе с показателями классической суицидальной и несуицидальной аутоагрессии оценивались также предикторы суицидального поведения. В исследуемых группах выявлены статистически значимые отличия по ряду изученных признаков. Результаты представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.3

Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения у мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях

Признак	Абс.знач. (%)n=62Мужчины	Абс.знач. (%)n=62Женщины	Значение критерия χ^2	Значение df	p	ОШ	ДИ(ОШ)
Стыд тела в последние два года	11 (17,74%)	26 (41,94%)	5,12	1	0,0237	24,1	[7,5; 77,84]
Уверенность в наличии физического недостатка	8 (12,9%)	20 (32,26%)	4,96	1	0,0259	12,3	[4,27; 35,35]

Продолжение таблицы 4.3

Комплекс неполноценности в последние два года	10 (16,12%)	26 (41,94%)	6,07	1	0,0137	27	[8,29; 88,59]
Комплекс неполноценности в анамнезе вообще	13 (20,97%)	30 (48,39%)	6,14	1	0,0132	3,5	[1,38; 9,08]
Наличие четких представлений о смысле жизни	25 (40,32%)	52 (83,87%)	14,12	1	0,0002	7,7	[2,57; 23,02]
Угрызения совести в последние два года	21 (33,87%)	44 (70,97)	10,00	1	0,0016	4,77	[2,22; 10,3]
Ощущение безысходности в анамнезе вообще	25 (40,32%)	40 (64,52)	3,92	1	0,0476	2,69	[1,29; 5,61]
Чувство вины в последние два года	23 (37,1%)	48 (77,42%)	16,28	1	0,0001	5,8	[2,15; 15,78]
Чувство вины в добрачный период	11 (17,74%)	26 (41,94%)	12,81	1	0,0003	3,35	[1,28; 8,89]
Чувство вины в анамнезе вообще	25 (40,32%)	48 (77,42%)	14,00	1	0,0002	5,07	[2,3;1 1,2]
Депрессия в течение последних двух лет	24 (38,71%)	40 (66,67%)	5,26	1	0,0218	2,88	[1,38; 6,02]
Нарушение пищевого поведения в анамнезе вообще	26 (41,94%)	42 (67,74%)	4,52	1	0,0335	2,9	[1,39; 6,11]
Чувство одиночества до брака	6(9,68%)	18 (29,03%)	4,38	1	0,0363	3,8	[1,2;1 2,15]
Чувство одиночества в период брака	16 (25,81%)	30 (48,39%)	3,78	1	0,0519	2,7	[1,26; 5,79]
Чувство стыда в последние два года	18 (29,03%)	36 (58,06%)	6,17	1	0,0130	3,4	[1,36; 8,41]
Чувство стыда во время брака	19 (30,65%)	34 (54,84%)	4,13	1	0,0421	2,7	[1,12; 6,76]
Чувство стыда в анамнезе вообще	20 (32,26%)	36 (58,06%)	4,68	1	0,0306	2,9	[1,18; 7,15]
Боязнь темноты в анамнезе вообще	1 (1,61%)	14 (22,58%)	9,04	1	0,0026	17,8	[2,03; 156,2]

Удовлетворенность работой	38 (61,29%)	22 (35,48%)	4,53	1	0,0332	0,4	[0,14; 0,86]
Потеря работы	16 (25,8%)	32 (51,61%)	5,01	1	0,0252	3,07	[1,43; 6,59]

В представленной таблице 4.3 отражен спектр наиболее изученных и активно используемых в суицидологической практике предикторов, отличающих мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Как следует из таблицы 4.3, группа женщин, страдающих алкогольной зависимостью, отличается от группы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, по подавляющему количеству эмоциональных состояний и реакций, рассматриваемых в суицидологической практике как возможные предикторы аутоагрессивного поведения при, безусловно, высоких показателях суицидальных паттернов в обеих группах. Этот факт можно объяснить двояко. С одной стороны, это может быть особенностью женской группы вообще, что не является верным, поскольку по многим из рассматриваемых параметров женщины, страдающие алкогольной зависимостью, статистически значимо отличаются от «интактной» группы здоровых женщин, то есть накопление признаков происходит именно в алкогольной группе (что безусловно, может говорить в пользу большего заострения типично женских черт эмоционально-волевой сферы – чувство одиночества, безысходности, склонность к депрессиям, длительному переживанию вины, мучительным угрызениям совести и т.д.). С другой стороны, в группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, данные показатели также выше, чем в группе мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, что продемонстрировано ранее [64], и их меньшее количество в сравнении может быть связано с типично мужскими психологическими защитами. Как видно из представленных данных, женщины более склонны к переживаниям депрессивно-обесценивающего характера, формирующим фон, который способствует реализации аутоагрессивных тенденций, как суицидальной, так и несуйцидальной направленности. Это может быть связано с гендерными особенностями полоролевого поведения и

реагирования на стрессовые ситуации. У женщин обращает на себя внимание присутствие идей дисморфофобического характера, ассоциированное с расстройством пищевого поведения, представленного периодами отказа от пищи, сменяющегося периодами булимии. Также данную картину дополняют частые факты потери работы (в подавляющем большинстве случаев, связанные с алкогольными проблемами), выступающие «эквивалентом суицида» в сфере социальной адаптации [146], что также может указывать на высокий уровень депрессивной напряженности, на оценку себя как недостойного, «порочного» члена общества, «наказание» самого себя за социально неприемлемое поведение. Для мужчин характерной оказалась более низкая сформированность представлений о смысле жизни. Наличие детей для женщин является основным смыслообразующим фактором, являющимся для многих антисуицидальным барьером, что, безусловно, можно и нужно использовать в суицидологической практике. В работе с женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, нужно делать акцент на выявлении именно эмоционального блока предикторов, что будет значимо для суицидологических превентологических мероприятий в группе.

4.4 Сравнительная характеристика личностно-психологических особенностей мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью

В группах женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, помимо отличий в аутоагрессивной сфере, обнаружены и статистически значимые отличия в их личностно-психологических особенностях, значимых для суицидологической практики. Безусловно, «психологический» портрет респондентов оказывает непосредственное влияние на формирование антивитаальных тенденций в рассматриваемых группах. Результаты полученных данных представлены в таблице 4.4.

Таблица 4.4

Статистически значимые отличия личностно-психологических особенностей мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях

Признак	Мужчины M(SD)	Женщины M(SD)	Значение df	Значение p
Шкала Mini-Mult Hs	5,39(0,37)	6,97(0,54)	121,9	0,016923
Шкала Mini-Mult Pt	6,61(0,48)	8,77(0,69)	121,97	0,011372
Шкала Mini-Mult Ma	6,11(0,29)	7,39(0,41)	121,99	0,012085
Использование защитного механизма «Регрессия»	5,45(0,34)	7,35(0,53)	121,25	0,002638
Использование защитного механизма «Реактивное образование»	3,47(0,30)	5,06(0,41)	121,95	0,002301
Шкала теста STAXI AX/IN (направленность гнева на себя)	13,98(0,50)	16,45(0,79)	120,68	0,007679

Из данных таблицы 4.4 можно констатировать, что у женщин больше, чем у мужчин, выражена мотивационная направленность личности на соответствие нормативным критериям. Они менее спонтанны, больше ориентируются на правила; контроль над собственной агрессивностью выше, чем у «сильного» пола. Одновременно с этим у женщин сильнее выражены признаки тревоги, неуверенности в своих силах и недовольства собой; стремление избежать неуспеха превалирует над потребностью к достижениям. Женщины склонны больше предаваться переживаниям, чем действовать, что соотносится с данными, приведенными в таблице 4.3

Тревожные опасения могут лежать в основе ограниченного поведения, которое проявляется в отказе от деятельности в сложных ситуациях (с непредсказуемым или труднопредсказуемым исходом) и в создании системы

правил, ограничивающих возможности выбора в ситуации принятия решения. То есть женщины склонны больше предаваться переживаниям, чем действовать.

Одновременно с этим у женщин с алкогольной зависимостью в большей степени, чем у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, проявилась тенденция отрицать тревогу, облегченное, пренебрежительное отношение к трудностям, декларируемый оптимизм. Похоже, что такой способ устранения фрустрирующих стимулов, как отрицание каких-либо затруднений, тревоги, своей и чужой вины больше свойственен именно женскому полу.

Хорошо соотносятся с вышеописанными психологическими характеристиками и преобладающие, в сравнении с мужчинами, психологические защиты женщин с алкогольной зависимостью.

Регрессия, то есть возврат к более ранним ступеням развития (в том числе к беспомощности и детским моделям поведения), оказывается более свойственной женщинам с их повышенной склонностью уходить в разнообразные переживания, причем без достаточно действенной поведенческой составляющей.

Кроме того, более облегченное отношение к трудностям, обесценивание жизненных сложностей также может свидетельствовать об инфантилизации, то есть о регрессе личности.

Для женщин оказывается более характерной и такая защита, как реактивное образование – преобразование негативного аффекта в позитивный и наоборот. Регрессия – возврат к более ранним ступеням развития (в том числе к беспомощности и детским моделям поведения), более свойственна женщинам в связи с их повышенной склонностью уходить в разнообразные негативные эмоциональные переживания (таблица 4.2), что в целом согласуется с концепцией психологической защиты в виде реактивного образования.

Возможно, что большая «нормативность» женщин, их стремление соответствовать социальным правилам и установкам, большая тревожность и боязнь быть отвергнутой, непринятой другими людьми и ведут к обращению

эмоции в противоположную, для того, чтобы свести угрозу к минимуму. Можно предположить: вместо того, чтобы более активно проявлять себя в социуме, в том числе и в семье, стремиться что-то исправить и наладить более приемлемые, комфортные для себя отношения (полученные данные свидетельствуют о восприятии своих семейных отношений как скорее неблагоприятных у подавляющего большинства обследованных женщин), женщины с таким видом защиты могут переводить негативный аффект на себя. Закономерно, что «направленность гнева на себя» у них выше, чем у мужчин.

В свою очередь у женщин с повышенной облепченностью, с декларируемым вонне оптимизмом можно предположить (при наличии реактивного образования) совершенно противоположное отношение к себе и к своей жизни. То есть за позитивным аффектом скрывается негативный, он может проявиться при ухудшении положения в социуме при ослаблении действия защиты из-за внешних или внутренних факторов, что естественно повышает риск суицидального поведения.

Помимо этого обращает на себя внимание высокое значение такого показателя теста STAXI, как «направленность гнева на себя». Несмотря на то, что данный показатель и в женской группе (см. таблицу 3.1.4), и в мужской [64] достоверно выше, чем в аналогичных группах лиц, не страдающих алкогольной зависимостью, его преобладание именно в женской алкогольной группе прекрасно сочетается с высокими показателями эмоциональных маркеров потенциальной склонности к аутоагрессивному поведению, что может быть использовано для дальнейших исследований в отношении превенции суицидального поведения.

4.5 Отличительные особенности наркологических и терапевтических показателей женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте их аутоагрессивного поведения

На следующем этапе проведенного исследования были изучены и описаны гендерные отличия наркологических особенностей в среде

страдающих алкогольной зависимостью с учетом их значимости в контексте алкогольной зависимости как аутоагрессивного заболевания [64, 146]. Статистически значимые отличия в отношении наркологических и терапевтических показателей у женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, представлены в таблице 4.5.

Таблица 4.5

Статистически значимые отличия в наркологических и терапевтических показателях женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (p<0,05)

Наркологические показатели							
Признак	М(SD) Абс. число (%) Женщины	М(SD) Абс. число (%) Мужчины	p	Значение критерия χ^2	Значение df	ОШ	ДИ(ОШ)
Отягощенная наследственность по материнской линии	20 (32,26%)	6 (9,68%)	0,0152	5,90	1	4,4	[1,63; 12,17]
Высокопрогредиентное течение заболевания	52 (84%)	19 (31%)	0,0001	21,36	1	11,8	[4,91; 28,27]
Среднепрогредиентное течение заболевания	10 (16%)	34 (55%)	0,0008	11,18	1	0,2	[0,07; 0,37]
Возраст начала злоупотребления алкоголем	26,03 (0,82)	21,87 (0,37)	<0,001		91		
Возраст формирования синдрома отмены (лет)	28,84 (0,83)	24,61 (0,37)	<0,001		91		
Употребление «легких»	16(26%)	33	0,0018	9,75	1	0,31	[0,14;

суррогатов алкоголя		(53%)					0,67]
---------------------	--	-------	--	--	--	--	-------

Продолжение таблицы 4.5

Употребление «тяжелых» суррогатов алкоголя	4(6%)	12 (19%)	0,0321	4,59	1	0,29	[0,09; 0,96]
Алкогольные амнезии	58(94%)	42 (68%)	0,0003	13,23	1	6,9	[2,17; 21,98]
Оказание реанимационных пособий	0(0%)	25 (40%)	0,0001	15,11	1		
Средняя продолжительность псевдозапойного периода (в днях)	21,26 (1,87)	7,95 (0,91)	0,00001		91		
Продолжительность запоя последнего, дни	21,58 (2,05)	8,66 (1,12)	<0,001		91		
Светлый промежуток, дни	87,16 (10,3)	48,06 (4,32)	0,00008		91		
Толерантность в пересчете на водочный эквивалент, литры	0,87 (0,06)	1,14 (0,06)	0,00401		91		
Терапевтические показатели							
Срок терапевтической ремиссии (в днях)	195,32 (19,25)	153,82 (31,12)	0,008		91		
Ранее неоднократно лечились (в процентах от общего количества обследованных)	58 (94%)	23 (37%)	<0,001	43,61	1	24,6	[7,81; 77,71]

В ходе исследования установлено, что и у мужчин, и у женщин в формировании алкогольной зависимости большую роль играет наследственный фактор, представленный алкогольной зависимостью отца, – почти в два раза чаще, чем алкогольной зависимостью у матери. Алкогольная зависимость по линии отца имеет наибольший удельный вес, встречается у 77% женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях, у 61% у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. В то же время алкогольная зависимость по линии матери встретила в 32% у женщин, страдающих алкогольной зависимостью и состоящих в брачных отношениях, в

десяти процентах случаев у мужчин. У женщин роль наследственности (по материнской и отцовской линии вместе) в целом в развитии заболевания приближается к 100%.

Клиническое течение алкогольной зависимости у изученного нами контингента имеет достаточно неблагоприятное (агрессивное) течение, особенно выраженное в женской популяции. Прежде всего, это касается типа преобладающей прогрессивности – в 84% у женщин встречается высокопрогрессивный вариант развития заболевания, не отмечено ни одного случая низкопрогрессивного течения. Для мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, напротив, более характерно среднепрогрессивное течение более чем в половине случаев (55%), отмечены случаи и низкопрогрессивного течения. Начало злоупотребления алкоголем и формирование синдрома отмены в обеих группах возникает в достаточно раннем возрасте. Для женщин характерно более позднее начало заболевания, в среднем на пять лет позже, чем для мужчин, что соотносится с данными литературы [6; 137]. При этом переход во II стадию заболевания с формированием синдрома отмены у женщин происходит быстрее по сравнению с мужчинами. В то же время женщины имеют более низкую толерантность к алкоголю в пересчете на водочный эквивалент, более длительные периоды воздержания от алкоголя на фоне более длительного запойного периода. Одновременно при указании в анамнезе у обеих групп на употребление суррогатов алкоголя, у исследуемых женщин не встретилось эпизодов употребления т.н. «тяжелых» суррогатов (морилка, антифриз и т.д.), вполне вероятно, что с этим связано и отсутствие реанимационных мероприятий у данного контингента женщин. Следует заметить, что для женщин характерны грубые амнестические формы употребления алкоголя, которые наблюдаются у 94% исследованных в данной группе. У большинства респонденток они сопровождались выраженным виктимным и паракриминальным поведением.

Что касается терапевтических аспектов, то на себя обращает внимание многократный опыт «неудачного» лечения в анамнезе – у 94% респонденток,

что связано с агрессивным (высокопрогредиентным) типом течения заболевания, более длительными запоями, носящими «слишком заметный», порою явно маргинальный характер, с частыми суицидальными идеациями. Более трети женщин имели более трех попыток лечения. В свою очередь мужчины, в силу «социально приемлемого» течения алкогольной зависимости, ранее к наркологу обращались только в 37% случаев и, несмотря на обращение за медицинским пособием (купирование синдрома отмены, связанного с употреблением алкоголя), не считали, что необходимо радикально решать проблему алкогольной зависимости.

При приблизительно одинаковом возрасте респондентов, относительной схожести начала развития заболевания (чуть позже у женщин), его клинические особенности позволяют говорить о его более аутоагрессивном течении, что рядом авторов [64; 69; 146] расценивается как одно из «маскированных» или социально приемлемых вариантов реализации аутоагрессии. Учитывая результаты, полученные в ходе настоящего исследования, очевидно, что женщины гораздо более подвержены такому типу суицидальных реакций, что невозможно не учитывать при сборе суицидального анамнеза у данной категории пациенток. В целом, учитывая выше проанализированные показатели, течение алкогольной зависимости в женской и мужской популяции, безусловно, различно, что не может не отразиться на формировании спектра их аутоагрессивности и требует разработки специфических терапевтических мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность затрагиваемой в данной работе темы не вызывает сомнений. Безусловно, одной из наиболее значимой проблемой современности признана алкогольная зависимость [3; 7; 15; 24; 26; 33; 49; 58; 83; 102; 141; 159; 207]. Она является одной из наиболее значимых причин повышения смертности, снижения трудоспособности, влияет на социально-экономические и демографические показатели. Данные, полученные в ходе многочисленных исследований, убедительно доказывают связь между смертностью в популяции и средними показателями употребления алкоголя на душу населения [31; 35; 44; 54; 70; 160; 172; 211]. До 17% женской смертности, так или иначе, связано с употреблением алкоголя, у мужчин этот показатель выше и достигает 24% [6; 81; 144]. Соотношение страдающих алкогольной зависимостью мужчин и женщин в России в настоящее время находится на уровне 1:5, а по данным ряда авторов даже 1:2 [73; 84; 136; 137; 188; 209; 225].

На современном этапе увеличение числа женщин, страдающих алкогольной зависимостью, стало клинической реальностью, социальные последствия которой становятся все более значимыми. Особенно данная закономерность прослеживается в подростковой среде, где по данным ряда авторов число злоупотребляющих алкоголем девушек равно или даже превышает юношей. Вместе с тем, алкогольная зависимость у женщин всегда была и по-прежнему продолжает оставаться острой социальной проблемой [35; 49; 142; 189; 206; 231].

Связь алкогольной зависимости и ассоциированного с ней аутоагрессивного поведения в настоящее время не вызывает сомнений. Имеется достаточное количество работ, посвященных этой проблематике [4; 74; 88; 92; 143; 157; 200; 220]. Вместе с тем, все еще существует много вопросов по данной теме. Вклад в национальные суицидологические показатели женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, на сегодняшний момент неизвестен по ряду причин. И основной из них является сложность

установления «постфактум» связи фатального суицида или даже попытки с традиционно скрываемыми алкогольными проблемами у женщины.

Наряду с обилием работ, посвященных изучению особенностей аутоагрессивной сферы у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, практически не встречается исследований в отношении женщин. Подобные исследования способны обогатить наркологическую суицидологию гендерными особенностями аутоагрессии при алкогольной зависимости.

Кроме того, практически не встречается данных о влиянии супружеской сепарации, например, в результате расторжения брака, на представленность аутоагрессивного спектра в популяции женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Вместе с тем не разработаны индивидуализированные подходы к терапии алкогольной зависимости с учетом аутоагрессивной гендерной составляющей, создание которых, возможно, позволит улучшить качество специфического лечения и снизить уровень аутоагрессивных проявлений.

Таким образом, целью настоящего исследования стало выявление значимых для теории и практики суицидологических особенностей женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Для решения поставленных задач нами в период с 2011 по 2016 год было обследовано 248 человек (186 женщин и 62 мужчины), которые были разделены на четыре группы (две – экспериментальные и две – контрольные):

1. женщины, страдающие алкогольной зависимостью и на момент обследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека;
2. женщины, страдающие алкогольной зависимостью, на момент обследования вторично одинокие (в результате расторжения брака), – 62 человека.
3. женщины, не страдающие алкогольной зависимостью и на момент исследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека (контрольная группа);

4. мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, на момент исследования состоящие в брачных отношениях, – 62 человека (контрольная группа).

С целью выяснения структуры и представленности аутоагрессивных феноменов, а также их клинико-анамнестических предикторов, имеющих у исследуемых групп, были проведены следующие серии сравнений:

1) для оценки аутоагрессивной сферы и личностно-психологических особенностей женщин, страдающих алкогольной зависимостью: женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью из группы контроля, для выяснения влияния алкогольной зависимости на формирование статистически значимых отличий с позиций классической аутоагрессии (суицидальные мысли и действия); женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью из группы контроля в плане оценки статистически значимых отличий паттернов суицидального поведения в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью; женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью из группы контроля в плане оценки статистически значимых отличий предикторов суицидального поведения в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью; женщины, страдающие алкогольной зависимостью, и женщины, не страдающие алкогольной зависимостью из группы контроля на предмет отличий в плане тех психологических особенностей, которые могут способствовать формированию и развитию аутоагрессивного поведения среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

2) Для оценки влияния супружеской сепарации в результате расторжения брака на суицидологические и личностно-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью: замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки влияния такого социального фактора, как расторжение брака, на формирование статистически значимых отличий в появлении, развитии, изменении

аутоагрессивных тенденций в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью; замужние и разведенные женщины, страдающие алкогольной зависимостью в плане оценки особенностей личностно-психологических особенностей у одиноких женщин, страдающих алкогольной зависимостью, подвергшихся супружеской сепарации в результате расторжения брака.

3) Для оценки гендерных различий по вопросам показателей аутоагрессивных и личностно-психологических особенностей в популяции страдающих алкогольной зависимостью: женщины и мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, для выявления статистически значимых гендерных отличий в спектре классической аутоагрессии (суицидальные мысли и действия) в среде лиц, страдающих алкогольной зависимостью; женщины и мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, для оценки статистически значимых отличий между мужчинами и женщинами, страдающими алкогольной зависимостью в области паттернов и предикторов аутоагрессивного поведения; женщины и мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, для выявления значимых половых личностно-психологических особенностей в формировании суицидальных тенденций в среде лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

4) Для выявления гендерных различий в наркологических показателях в среде лиц, страдающих алкогольной зависимостью: женщины и мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, для установления статистически значимых гендерных отличий наркологических и терапевтических показателей в популяции лиц, страдающих алкогольной зависимостью в контексте аутоагрессивного спектра.

Для решения поставленных в исследовании задач использовались клинико-патопсихологический, экспериментально-психологический и статистический метод.

Клинические и психопатологические особенности оценивались с помощью данных историй болезней обследованных. Диагноз выставлялся в соответствии с критериями алкогольной зависимости по МКБ–10.

Основным диагностическим материалом при проведении исследования являлся «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [147]. Данный опросник обязательно предлагался каждому участнику исследования и заполнялся вместе с врачом. Экспериментально-психологические методики в исследовании представлены следующими тестами:

1. Тест Mini-Mult [37].
2. Тест диагностики психологических защитных механизмов, также известный, как LSI (Life Style Index) [94;95].
3. Опросник STAXI [104], использован для оценки переживания гнева и соотношения его с параметрами гетероагрессии и аутоагрессии.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами параметрической и непараметрической статистики с использованием руководств по прикладной медицинской статистике [103] и программных пакетов Microsoft Excel 2007 и Statistica 7.0.

В результате проведенного исследования установлено, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, представляют гораздо более аутоагрессивную группу в сравнении с группой контроля. Они значительно чаще предпринимают суицидальные попытки, что относит их к пулу лиц с очень высокими показателями классической аутоагрессии в сравнении со среднепопуляционными показателями.

При изначально более высоком уровне аутоагрессии женщины, страдающие алкогольной зависимостью, увеличивают свои «шансы» на завершённый суицид по мере прогрессирования основного заболевания.

Аутоагрессивная сфера исследуемых была параметрически оценена с использованием КПСН. Данный показатель эффективен при оценке

психотерапевтических и профилактических интервенций в аспектах аутоагрессивных моделей поведения [64].

Помимо высоких показателей классической аутоагрессии у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, широко представлены как несуицидальные паттерны, так и предикторы аутоагрессивного поведения. В частности, для женщин, страдающих алкогольной зависимостью, характерна подверженность насилию (как физическому, так и сексуальному).

Показательно, что в брачный период этот показатель «растет» (16,13% против 9,68%), что больше половины женщин, страдающих алкогольной зависимостью, при расспросе связали с фактами внутрисемейного насилия, которое было обнаружено нами в подавляющем проценте семей.

Что касается предикторов аутоагрессивного поведения, у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, представлен как (бихевиоральный) блок предикторов (наличие суицидентов среди близких родственников и друзей), так и блок суицидогенных эмоциональных состояний. Кроме того, такие предикторы суицидального поведения, как отсутствие «смысла жизни», чувство одиночества и безысходности в большей мере характеризуют именно женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Психологические особенности в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью, способствует возникновению и реализации антивитаальных тенденций. Сочетание повышенной импульсивности и агрессивности с депрессивной окраской настроения вплоть до подавленности, а также характерное использование защитных инфантильно-невротических механизмов предрасполагает к росту суицидального риска.

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, показывают, что расторжение в среде женщин, страдающих алкогольной зависимостью, статистически значимо не оказывает влияния на формирование активных антивитаальных тенденций, за исключением показателя «суицидальная попытка в последние два года». Количество суицидальных паттернов растет последние два года в группе разведенных, что во всех случаях пришлось на период

развода, чего практически не отмечалось в группе разведенных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, продемонстрированных в более ранних исследованиях [64]. Это можно расценить как непосредственную реакцию на фактическое одиночество.

Оценивая гендерные особенности суицидального поведения, показано, что в спектре «классической» аутоагрессивности между мужчинами и женщинами в исследуемых группах статистически значимых отличий не выявлено. Вместе с тем обращает на себя внимание высокая суицидальная активность в целом среди всех испытуемых, страдающих алкогольной зависимостью (до 20% из обследованных в каждой группе в анамнезе имеют как минимум одну суицидальную попытку, до 25% респондентов в каждой из групп указывают на наличие в анамнезе суицидальных мыслей). Полученные данные указывают на высокий риск развития фатального суицидального поведения в контингенте лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Также интересным оказывается тот факт, что при алкогольной зависимости стираются гендерные отличия в отношении суицидальных попыток, а как известно, в популяции количество суицидальных попыток существенно выше у женщин, нежели у мужчин.

В ходе исследования показано, что в группе женщин существенно превалирует по сравнению с мужчинами количество эмоциональных состояний и реакций, рассматриваемых в суицидологической практике как возможные предикторы аутоагрессивного поведения. В работе с женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, нужно делать акцент на выявление именно эмоционального блока предикторов, что будет значимо для суицидологических превентологических мероприятий в группе.

В ходе исследования установлено, что и у мужчин, и у женщин в формировании алкогольной зависимости большую роль играет наследственный фактор, представленный алкогольной зависимостью отца, – почти в два раза чаще, чем алкогольной зависимостью у матери. Алкогольная зависимость по линии отца имеет наибольший удельный вес, составляя 77% у женщин,

страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях, 61% у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. У женщин роль наследственности (по материнской и отцовской линии вместе) в целом в развитии заболевания приближается к 100%.

Проблема, затрагиваемая в настоящем исследовании, имеет большое количество перспектив для развития. Установленные взаимосвязи аутоагрессивного поведения в женской популяции страдающих алкогольной зависимостью дают толчок для дальнейшей работы в данном направлении. В частности, представляется интересным выявление аутоагрессивных особенностей у вторично одиноких женщин не только в результате расторжения брака, но и у овдовевших, а также у женщин, никогда в браке не состоявших. Следующим направлением исследования можно считать динамическую оценку антивитаальных проявлений у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, используя, например, КПСН, что позволит оценить изменение их состояния на фоне наличия или отсутствия терапии алкогольной зависимости, а также оценить ее эффективность в целом. Что касается гендерных характеристик, перспективным можно считать выявление связей аутоагрессии у респондентов обоих полов с различным типом течения алкогольной зависимости (ранняя манифестация, безремиссионное течение и т.д.). Проведенное исследование подтверждает сложную биопсихосоциальную природу алкогольной зависимости, акцентируя внимание в том числе и на психологических механизмах ее этиопатогенеза. Очевидным представляется решение вопроса о разработке специфических терапевтических мероприятий, направленных как на коррекцию антивитаальных проявлений у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, так и на достижение стойкой ремиссии в течении основного заболевания, что перспективно и для наркологической, и для суицидологической практики.

ВЫВОДЫ

1. Алкогольная зависимость у женщин сопряжена с высоким суицидальным риском. Установлено, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, в 14 раз чаще предпринимают суицидальные попытки (ОШ=14,6 [1,8; 119,27]) и в семь раз чаще обнаруживают суицидальные мысли (ОШ=6,8 [1,86; 25,27]), по сравнению со здоровым контролем. Помимо этого, женщины, страдающие алкогольной зависимостью, характеризуются широкой представленностью несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутоагрессивного поведения.

2. Выявленные клинико-психологические особенности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, способствуют возникновению и реализации антивитаальных тенденций, как суицидальной, так и несуйцидальной направленности, что обусловлено сочетанием повышенной импульсивности с депрессивными переживаниями, а также характерным использованием защитных инфантильно-невротических механизмов.

3. У женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в ближайшие два года после расторжения брака отмечено повышение суицидальной активности – рост количества суицидальных попыток в 3 раза (ОШ=0,29 [0,09; 0,96]), при отсутствии статистически значимых отличий по остальным направлениям аутоагрессивного поведения.

4. Гендерные отличия в спектре классической аутоагрессивности, представленной суицидальными мыслями и попытками, между мужчинами и женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, в исследовании не выявлены. Алкогольная зависимость уравнивает мужчин и женщин по количеству совершаемых ими суицидальных попыток.

5. Полученные в исследовании данные, касающиеся аутоагрессивного поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью, целесообразно использовать как в наркологической, так и суицидологической практике для максимально персонифицированного подхода, который учитывает структуру

личностных характеристик в комплексе с клиническими проявлениями. Совокупность указанных признаков необходимо принимать во внимание при составлении психокоррекционных профилактических программ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для более успешной комплексной терапии алкогольной зависимости рекомендуется учитывать аутоагрессивные проявления у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

2. Выявление аутодеструктивных паттернов у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, возможно уже в процессе общего диагностического интервью с использованием опорных признаков, изложенных в диссертационной работе.

3. Уже на диагностическом этапе возможно выделение среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, пациенток с высоким суицидальным риском для проведения своевременных превентивных мероприятий.

4. Для выбора наиболее целесообразного терапевтического курса, направленного на коррекцию антивитальных тенденций в отношении женщин, страдающих алкогольной зависимостью, необходимо учитывать их социальный статус, а также промежуток времени, прошедший с момента разрыва брачных отношений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев А.А. Браки и разводы в России / А.А. Авдеев // Гендерная экспертиза и законодательная политика: в 2-х т. / ред.-сост.: Е.В. Изотова Е.В., Кочкина, Е.В. Машкова. - М.: Аванти-плюс, 2004.- Т. 1.- С. 204-221.
2. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Н.В. Агазаде. - М., 1989. - 339 с.
3. Агибалова Т.В. Алкогольная зависимость с позиций транзакционного анализа / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузык // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2007. - Т. 111. Выпуск 1. Алкоголизм. - С. 71-73.
4. Акопов А.Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни личности / А.Ю. Акопов. - СПб.: Речь, 2008. - 224 с.
5. Актуальные проблемы семей в России / под ред. Т.А. Гурко. - М.: Ин-т социологии РАН, 2006. - 223 с.
6. Альтшулер В.Б. Типология алкоголизма у женщин: прогрессивность, течение, прогноз. Пособие для врачей / В.Б. Альтшулер, С.Л. Кравченко // М. - 2004. - С. 27.
7. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. и соавт. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. - 2010. - № 1. - С. 27-28.
8. Амбрумова А.Г. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: метод. рекомендации / А.Г. Амбрумова, Е.А. Чуркин. -М., 1980. - 16 с.
9. Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем / Е.М. Андреев // Демоскоп Weekly. - 2016. - № 673-674. - С. 1-18.
10. Байкова М.А. Взрослое потомство больных алкоголизмом: клинико-психопатологические и психологические особенности (обзор

- литературных данных) / М.А. Байкова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. - 2016. - №4 (9). - С. 45-50.
11. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью / Р.В. Бисалиев // Наркология. - 2010. - № 3. - С. 57-69.
 12. Борисоник Е. В. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы / Е. В. Борисоник, Е. Б. Любов // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24, № 3 (92). - С. 25-41.
 13. Брюн Е.А. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии / Е.А. Брюн, Д.И. Шустов, О.Ж. Бузик // Психиатрия. - 2007. - № 1. - С. 278.
 14. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. - М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. - 719 с.
 15. Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота. - М.: Литера, 2002. - 254 с.
 16. Ваулин С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость / С.В. Ваулин // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: материалы Рос. конф. - Иваново, 2005. - С. 42-44.
 17. Васильев В.В. Социально-демографические и клинические особенности женщин с психическими расстройствами и суицидальным поведением // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 6. - С. 39-45.
 18. Васильев В.В. Влияние алкогольного опьянения на суицидальное поведение женщин // Наркология. - 2009. - № 10. - С. 54 - 58.
 19. Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) / В.В. Васильев // Суицидология. - 2012. - №1. - С.18-28.
 20. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социал. и клинич. психиатрия. - 2006. - Т. 16, № 3. - С. 22-28.
 21. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология / В.Ф. Войцех. - М.: Миклош, 2008. - 208 с.

22. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. - 2012. - № 2. - С. 23-33.
23. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе / Н.В. Вострокнутов // Вопр. наркологии Казахстана. - 2002. - Т. 2, № 2. - С. 56-65.
24. Говорим Н.В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н.В. Говорим, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко. - Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. - 184 с.
25. Гречишкина А.П. Медицинские и психофизиологические аспекты семейных отношений: монография / А.П. Гречишкина. - Бердянск: БердГПУ, 2004. - 208 с.
26. Грязнов А.Н. Социально-психологические проблемы и последствия алкоголизма / А.Н. Грязнов // Неврол. вестн. - 2004. - Т. 36, Вып. 3-4. - С. 49-57.
27. 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.
28. Демографический ежегодник России. 2009: стат. сб. / Росстат.- М., 2009.
29. Дмитриева Н. В. Психологические особенности личности суицидальных подростков / Н. В. Дмитриева, Ц. П. Короленко, Л. В. Левина // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2015. - №. 1-1 (61). - С. 127-134.
30. Добровецкий И.Н. Комплексное медико-социальное исследование травм, внешних причин заболеваемости женского населения в современных социально-экономических условиях (на примере крупного промышленного города): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / И.Н. Добровецкий. - Оренбург, 1999. - 24 с.

- 31.Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы / А.Ю. Егоров // Вопросы наркологии. - 2002. - № 5. - С. 50-54.
- 32.Егоров А.Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности /А.Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2002. - № 2. - С. 78-80.
- 33.Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма / А.Ю. Егоров // Вестн. клинич. психологии. - 2005. - Т. 3, № 1. - С. 51-56.
- 34.Емельянова Е.А. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.А. Емельянова. - М.: Речь, 2008. - 368 с.
- 35.Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. - СПб.: Элби., 2002. - 192 с.
- 36.Ефремов В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. - СПб.: Диалект, 2004. - 480 с.
- 37.Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психол. журн. - 1981. - Т. 2, № 3. - С. 118-123.
- 38.Закирова В.М. Развод и насилие в семье - феномены семейного неблагополучия / В.М. Закирова // Социологические исследования. - 2002. - № 12. - С. 131-134.
- 39.Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суицидология. - 2012. - № 3. - С. 41-48.
- 40.Зотов П. Б. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. / П. Б. Зотов, Е. В. Родяшин // Суицидология. - 2013. - Т. 4, № 1. - С. 54-61.
- 41.Зотов П. Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа», как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии / П. Б. Зотов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2015. - № 4. - С. 133-137.

- 42.Иванец Н.Н. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина // Алкогольная болезнь.- М.: ВИНТИ, 2000. - № 1. - С. 3-8.
- 43.Иванец Н.Н. Актуальные вопросы алкоголизма / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. - Т. 6, № 3. - С. 100-105.
- 44.Исаева Э.Г. Картина личности и зависимость от психоактивных веществ / Э.Г. Исаева // Вопр. наркологии. - 2006. - № 5. - С. 86-93.
- 45.Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года: доклад [Электронный ресурс]. - М., 2004. - Режим доступа: <http://www.perepis2002.ru/index.html?id=7> . - 27.02.2011.
- 46.Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования / О.А. Карабанова. - М.: Гардарики, 2005. - 320 с.
- 47.Карвасарский Б.В. Клиническая психология / Б.В. Карвасарский. - СПб.: Питер, 2006. - 960 с.
- 48.Кибальченко И.А. Проблемы семьи, отягощённой алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика. Коррекция / И.А. Кибальченко. - Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 478 с.
- 49.Кошкина Е.А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е.А. Кошкина, Ш.И. Спектор, В.Г. Сенцов. - М.: Изд-во «ПЕР СЭ», 2008. - 287 с.
- 50.Кошкина Е.А. Распространённость наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики / Е.А. Кошкина // Вопросы наркологии. - 2001. - № 3. - С. 61-67.
- 51.Кошкина Е.А. Основные тенденции распространённости наркотических расстройств в России в 2003-2004 годах / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. - 2005. - № 3. - С. 57-67.
- 52.Красильников Г.Т. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии / Г.Т. Красильников, Е.В. Мартянова // Психическое здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы Первого Нац.

- конгр. по социальной психиатрии (Москва, 2-3 декабря 2004 г.). - М.: ГЕОС, 2004. - С. 72-73.
53. Кудрявцев И.А. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики / И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало // Суицидология. - 2012. - №2. - С.3-11.
- 54.
55. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма / В.И. Литвиненко. - Полтава: АСМИ, 2003. - 144 с.
56. Мазурова Л.В. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью / Л.В. Мазурова, И.Я. Стоянова, Н.А. Бохан // Сиб. психол. журн. - 2009. - № 31. - С. 33-36.
57. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. - М.: ЭКСМО, 2005. - 992 с.
58. Мальцева А.Е. Региональные особенности завершённых самоубийств в Кировской области [Электронный ресурс] / А.Е. Мальцева, И.В. Шешунов, В.В. Зыков // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - № 2 (15). - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/> . - 23.02.2011.
59. Менделевич В.Д. Психология зависимой личности / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. - Казань, 2002. - 240 с.
60. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение супругов в алкогольном браке (клинико-терапевтический аспект): учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов, интернов, врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов / А.В. Меринов, Д.И. Шустов. - Рязань: РязГМУ, 2005. - 82 с.
61. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: дис. ... канд. мед. наук 14.01.45; 14.00.18 / А.В. Меринов. - Рязань, 2001. - 160 с.
62. Меринов А.В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. - 2010. - № 9. - С. 59-63.

- 63.Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // Наркология. - 2010. - № 3. - С. 77-80.
- 64.Меринов А.В. Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиций модели эпискрипта / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. - 2010. - № 11. - С. 28-35.
- 65.Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А.В. Меринов. - М., 2012. - 48 с.
- 66.Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) / А.В. Меринов // Суицидология. - 2012. - №3. - С. 15-20.
- 67.Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // Суицидология. - 2012. - №4. - С. 22-28.
- 68.Меринов А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью с позиции наркологической и суицидологической практик / А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - №1. - С. 14-18.
- 69.Меринов А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в зависимости от динамики брачных отношений / А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - №2. - С. 25-35.
- 70.Меринов А.В. Роль феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина, А.В. Сафронова, Д.Р. Коршунова // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - №3. - С. 10-11.

71. Минко А.И. Наркология: новейший справочник / А.И. Минко, И.В. Линский. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Эксмо, 2005. - 736 с.
72. Мирошниченко Л.Д. Смертность от отравлений алкоголем / Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас, В.П. Нужный // Вопр. наркологии. - 2005. - № 3. - С. 68-81.
73. Москаленко В.Д. Наркологические, психопатологические нарушения, психологические проблемы в популяции взрослых сыновей и дочерей больных зависимостями / В.Д. Москаленко // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. - 2006. - № 3. - С. 55-61.
74. Москаленко В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании / В.Д. Москаленко // Наркология. - 2007. - № 3. - С. 25-30.
75. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с.
76. Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период / А.В. Немцов. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - 320 с.
77. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия, 1981-1998 годы / А.В. Немцов // Вопр. наркологии. - 2002. - № 4. - С. 53-61.
78. Немцов А.В. Смерти при отравлениях алкоголем в регионах Российской Федерации в 1991-1997 гг. / А.В. Немцов, С.А. Судаков // Вопр. наркологии. - 2002. - № 5. - С. 65-70.
79. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. / А.В. Немцов, К.В. Шелыгин // Вопросы наркологии. - 2014. - № 5. - С. 3-12.
80. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России и ее отражение в кривом зеркале / А.В. Немцов, Ю.Е. Разводовский // Собириология. - 2015. - №2. - С. 35-46.
81. Немцов А.В. Российская смертность в свете потребления алкоголя / А.В. Немцов // Демографическое обозрение. - 2016. - Том 2, № 4. - С. 111-135.
82. Нечин М.Ю. Клинико-терапевтические характеристики алкогольной зависимости у женщин / М.Ю. Нечин // Тюменский медицинский журнал. - 2016. - Т. 18, № 4. - С. 36-41.

- 83.Новикова Г.А. Некоторые аспекты психического здоровья студентов при пивной алкоголизации / Г.А. Новикова, Л. А. Новикова //Академический журнал Западной Сибири. - 2014. - Том 10, № 6. - С. 78-79.
- 84.Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости. Пособие для врачей / М.А. Винникова, Г.Л. Гуревич, Т.В. Агибалова [и др.]. - М.: Редакционно-издательское отделение ФГУ ННЦ наркологии, 2006. - 26 с.
- 85.Панченко Е. А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения / Е. А. Панченко // Фундаментальные аспекты психического здоровья. - 2015. - № 3. - С. 33-35.
- 86.Парран Т.В. Проблемы болезней зависимости в семье / Т.В. Парран, М.Р. Лиепмен, К. Фаркас // Вопр. наркологии. - 2007. - № 3. - С. 78-88.
- 87.Перехов О.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения / О.Я. Перехов // Психическое здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы Первого Нац. конгр. по социальной психиатрии (Москва, 2-3 декабря 2004 г.). - М.: ГЕОС, 2004. - С. 96-97.
- 88.Пилягина Г.Я. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения / Г.Я. Пилягина, С.А. Чумак, В.Э. Семенцул // Архів психіатрії. - 2006. - Т. 12, № 1-4. - С. 77-83.
- 89.Плавинский С. Л. Опасное и вредное потребление алкоголя пожилыми пациентами врачей первичного контакта. Сравнение методов выявления / С. Л. Плавинский, А. Н. Барина, О. Ю. Кузнецова [и др.] // Российский семейный врач. 2013. - Т. 17, № 3. - С. 4-10.
- 90.Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. - М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. - 232 с.
- 91.Положий Б.С. Алкоголизм и самоубийства / Б.С. Положий // Медицина. – 2014. – Т. 2, № 4 (8). – С. 38-41.

92. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б. С. Положий // Суицидология. - 2015. - Т. 6, № 1 (18). - С. 3-7.
93. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: дис. ... канд. мед. наук / В.В. Постнов. - Оренбург, 2003. - 171 с.
94. Пояркова Е.В. Семейная системная психотерапия в лечении созависимости / Е.В. Пояркова // Психология. - 2004. - № 4. - С. 7-10.
95. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман [и др.]. - СПб.: Речь, 1999. - 128 с.
96. Психологические защиты у больных алкоголизмом и паническим расстройством / Б.Д. Цыганков [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2008. - Т. 108, Вып. 11. - С. 96-97.
97. Радина Н.К. Личностные паттерны в воспроизводстве сценариев домашнего насилия: анализ романтических отношений «взрослых детей алкоголиков» / Н.К. Радина // Домашнее насилие в отношении женщин: масштабы, характер, представления общества. - М.: МАКС-Пресс, 2003. - С. 111-116.
98. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е. Разводовский // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2004. - Т. 104, Вып. 2. - С. 48-52.
99. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы / Ю. Е. Разводовский // Суицидология. - 2014. - Т. 5, № 3. - С. 18-27.
100. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси и России: сравнительный анализ трендов / Ю. Е. Разводовский // Суицидология. - 2014. - Том 5, № 4. - С. 37-43.
101. Разводовский Ю.Е. Алкогольные и прочие отравления в России: анализ временных серий / Ю.Е. Разводовский // Собриология. - 2015. - №1. - С. 57-65.

102. Разводовский Ю.Е. Корреляты парасуицида лиц с синдромом зависимости от алкоголя: гендерный аспект / Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский // Суицидология. - 2015. Том 6, №2. - С. 46-53.
103. Разводовский Ю.Е. Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. / Ю.Е. Разводовский, А.В. Немцов // Вопросы Наркологии. - 2016. - № 3. - С. 63-70.
104. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва // Медиа Сфера. - 2006. - 312 с.
105. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) / С.Л. Соловьева [и др.] // Сиб. психол. журн. - 2000. - Вып. 13. - С. 90-93.
106. Розанов В. А. Гены и суицидальное поведение [Текст] / В. А. Розанов // Суицидология. - 2013. - Т. 4, № 1. - С. 3-14.
107. Руженков В.А. Концепции суицидального поведения / А.В. Руженков, В.В. Руженкова, А.В. Боева // Суицидология. - 2012. - №4. - С.52-60.
108. Сабилов Р.Б. Медико-социальное исследование насилия в отношении женщин (по материалам города Набережные Челны): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Р.Б. Сабилов. - Казань, 2005. - 21 с.
109. Сахаров А.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Суицидология. - 2015. - Том 6, № 2. - С. 35-45.
110. Селедцов А.М. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма / Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Москвина Я.В // Суицидология. - 2010. - № 1. - С. 44-45.
111. Сливко К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов: дис. ... канд. мед. наук / К.Ю. Сливко. - Владивосток, 2003. - 160 с.
112. Сомкина О.Ю. Влияние развода на аутоагрессивные, личностно-психологические и наркологические характеристики женщин,

- страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2013. - Т. 15, № 1, - С. 37-38.
113. Сомкина О.Ю. Феномен аутоагрессивного поведения и алкогольная зависимость (обзор литературы) / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2014. - № 2, - С. 56-68.
114. Сомкина О.Ю. Современные представления о женском алкоголизме (обзор литературы) / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Наука молодых - *Eruditio Juvenium*. 2014. № 4. С. 128-135.
115. Сомкина О.Ю. Виктимологические особенности женщин, состоящих в браке с мужчинами, больными алкоголизмом / О.Ю.Сомкина // Академический журнал Западной Сибири. - 2016. - Т. 12, № 1. - С. 94-97.
116. Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, А.В. Лукашук, И.С. Цуканова // Медицинская наука и образование Урала. - 2016. - Т. 17, № 1. - С. 112-116.
117. Сомкина О.Ю. Суицидологические аспекты женского алкоголизма / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова // Суицидология. - 2016. - № 3. - С. 53-58.
118. Сомкина О.Ю. Отличительные особенности наркологической характеристики женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте аутоагрессивного поведения / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2016. - Т. 24, № 4. - С. 78-83.
119. Сомкина О.Ю. Сравнительная характеристика аутоагрессивного спектра, личностно-психологических характеристик женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова, А.В. Лукашук, И.С. Цуканова // Наркология. - 2016. - Т. 15, № 12 (180). - С. 68-73.

120. Социология семьи / под ред. А.И. Антонова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Инфра, 2005. - 640 с.
121. Спадерова Н.Н. Агрессивное поведение пациентов, злоупотребляющих алкоголем (некоторые клинические и судебно-психиатрические аспекты) / Н.Н. Спадерова // Академический журнал Западной Сибири. - 2015. - Том 11, № 2. - С. 134-135.
122. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки) / В.И. Харченко [и др.] // Алкогольная болезнь. - 2004. - Вып. 2. - С. 1-20. - (Реф. сб. «Новости науки и техники». Сер. Медицина).
123. Столин Н.Н. Опросник удовлетворённости браком / Н.Н. Столин // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. - 1984. - № 2. - С. 54-61.
124. Суицидальное поведение при семейно-личностных конфликтах / Т.В. Буткова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2010. - Т. 110, Вып. 10. - С. 53-57.
125. Тугельбаева Б.Г. Проблемы предупреждения преступного насилия в отношении женщин: монография / Б.Г. Тугельбаева. - Бишкек: Кыргызско-Российский славянский университет, 2003. - 376 с.
126. Уайнхолд Б. (Weinhold В.К.) Освобождение от созависимости: пер. с англ. / Б. Уайнхолд, Д. Уайнхолд. - М.: Класс, 2008. - 233 с.
127. Халтурина Д.А. Алкоголь и наркотики как фактор демографического кризиса / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев // Социологические исследования. - 2006. - № 7. - С. 104-112.
128. Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии / Д.А. Халтурина // Наркология. - 2007. - № 5. - С. 10-18.
129. Халтурина Д.А. Русский крест. Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. - М.: УРСС, 2006. - С. 128.
130. Хмарук И.Н. Особенности аутоагрессивного поведения в структуре эротических аддикций / И.Н. Хмарук // Психическое здоровье и

- безопасность в обществе: науч. материалы Первого Нац. конгр. по социальной психиатрии (Москва, 2-3 декабря 2004 г.). - М.: ГЕОС, 2004. - С. 128.
131. Ховрачѐв А.П. Личностные основы аутоагрессии больных алкогольной зависимостью / А.П. Ховрачѐв, Л.Н. Юрченко // Психическое здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы Первого Нац. конгр. по социальной психиатрии (Москва, 2-3 декабря 2004 г.). - М.: ГЕОС, 2004. - С. 128-129.
132. Цуканова И.С. Алкогольная зависимость как вариант саморазрушающего поведения / И.С. Цуканова // Тюменский медицинский журнал. - 2017. - Т. 19, № 1. - С. 36-41.
133. Чернышова Л.А. Кризис семейных отношений и пути его преодоления / Л.А. Чернышова // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы Второй Всерос. науч.-практ. конф. - Казань, 2006. - С. 332 -336.
134. Черняк Е.М. Социология семьи / Е.М. Черняк. - М.: Дашков и К., 2007. - 248 с.
135. Чумак С.А. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями / С.А. Чумак, Г.Я. Пилягина // Архів психіатрії. - 2005. - Т. 11, № 2. - С. 13-18.
136. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. - 2005. - № 5. - С. 53-61.
137. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм / Л.К. Шайдукова. - Казань: Издат. дом «Мир без границ», 2006. - 176 с.
138. Шевцова Ю.Б. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2 / Ю.Б. Шевцова // Наркология. - 2007. - № 9. - С. 42-51.
139. Школьников В. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов / В. Школьников, Е. Андреев, М. Макки, Д. Леон // Демографическое обозрение. - 2014. - Т.1, №2. - С. 5-37.

140. Шнейдер Л.Б. Семейная психология / Л.Б. Шнейдер. - М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2006. - 768 с.
141. Шнейдман Э. (Shneidman E.) Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. - М.: Смысл, 2001. - 315 с.
142. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. - СПб.: Речь, 2002. - 136 с.
143. Штайнер К. (Steiner C.) Игры, в которые играют алкоголики: пер. с англ. / К. Штайнер. - М.: Апрель Пресс, Изд-во «Эксмо», 2003. - 304 с.
144. Штайнер К. (Steiner C.) Сценарии жизни людей: пер. с англ. / К. Штайнер. - СПб.: Питер, 2003. - 416 с.
145. Шумский Н.Г. Женщины убийцы: очерки судебной психиатрии. / Н.Г. Шумский, Н.Е. Калюжная, И.В. Ювенский. - СПб.: БАН, 2004. - 246 с.
146. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение больных хроническим алкоголизмом (диагностика, клиника, лечение): учебное пособие / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - Рязань: РязГМУ, 2002. - 93 с.
147. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. - М.: Когито-Центр, 2005. - 214 с.
148. Шустов Д.И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - М., 2000. - 20 с.
149. Шустов Д.И. Руководство по клиническому трансактному анализу / Д.И. Шустов. - М.: Когито-центр, 2009. - 366 с.
150. A qualitative investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis / R. Owen, P. Gooding, R. Dempsey [et al.] // Journal of affective disorders. - 2015. - Vol. 176. - P. 133-140.

151. A Russian Version of the State-Trait Anger Expression Inventory: Preliminary Data / Ch.I. Eckhardt [et al.] // Journal of Personality Assessment. - 1995. - Vol. 64, № 3. - P. 440-455.
152. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth / A. L. Calear, H. Christensen, A. Freeman [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. - 2016. - № 25. - P. 467-482.
153. Affective circuitry and risk for alcoholism in late adolescence: Differences in frontostriatal responses between vulnerable and resilient children of alcoholic parents / M.M. Heitzeg [et al.] // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2008. - №. 32. - P. 414-426.
154. Agnihotri, A. K. Suicide Prevention: does it work? / A. K. Agnihotri, O. I. Aruoma // Archives of Medical and Biomedical Research. - 2016. - Vol. 3, № 1. - P. 9-16.
155. Aish A.M. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? / A.M. Aish, D. Wasserman // Psychological Medicine. - 2001. - Vol. 31. - P. 567-572.
156. Ajdacic-Gross, V. Suicide-background, epidemiology, risk factors [Text] / V. Ajdacic-Gross // Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique. - 2015. - Vol. 72, № 10. - P. 603-609.
157. Alcohol and suicide - the Portuguese experience / Scog O.J., Teixeira Z., Barrias J., Moreira R.// Addict., 1995.- Vol.90, №8.- P. 1053-1061.
158. Alonzo D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States / D. Alonzo, R.G. Thompson , M. Stohl, D. Hasin //Am. J. Orthopsychiatry. - 2014. - № 84 (3). - P. 316-320.
159. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review / K. H. Bentley, J. C. Franklin, J. D. Ribeiro [et al.] // Clinical psychology review. - 2016. - Vol. 43. - P. 30-46.

160. Balsa A.I. The health effects of parental problem drinking on adult children / A.I. Balsa, J. F. Homer, M.T. French // *J. Ment. Health Policy Econ.* - 2009. - Vol. 12, №. 2. - P. 55-66.
161. Beesley D. Control, attachment style, and relationship satisfaction among adult children of alcoholics / D. Beesley, C.D. Stoltenberg // *J. Ment. Health Counsel.* - 2002. - №. 24. - P. 281-298.
162. Bendtsen P. Sociodemographic gender differences in patients attending community-based alcohol treatment center / P. Bendtsen, M. Lejman Dahlström, P. Bjurulf // *Addictive Behaviors.* - 2002. - Vol. 27. - P. 21-33.
163. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries / K. Bloomfield // *Substance Abuse.* - 2000. – V. 21. – N. 4. – P. 223-229.
164. Brockie T.N. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly-Drug Use and Suicide Attempt in Reservation-Based Native American Adolescents and Young Adults / T.N. Brockie, G. Dana-Sacco, G. R. Wallen et al. // *Am. J. Community Psychol.* - 2015. - Vol. 55. - P. 411-421.
165. Chartier K.G. Focus on: ethnicity and the social and health harms from drinking / K.G. Chartier, P.A. Vaeth, R. Caetano // *Alcohol Res.* - 2013. - Vol. 35, № 2. - P. 229-237.
166. Cherpitel C.J. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature / C.J. Cherpitel, L.G. Borges, H.C. Wilcox // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* - 2004. - Vol. 28, № 5. - P. 18-28.
167. Czyz, E. K. A Prospective Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Psychiatric Adolescent Inpatients [Text] / E. K. Czyz, J. Berona, C. A. King // *Suicide and life-threatening behavior.* - 2015. - Vol. 45, № 2. - P. 243-259.
168. de Lima M.S. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population / M.S. de Lima, J. Dunn, I.P. Novo, E. Tomasi, A.A. Reisser // *Subst. Use Misuse.* - 2003 Jan. - V. 38. - N 1. - P. 51-65.

169. Edwards E.P. Behavior problems in 18- to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor / E.P. Edwards, R.D. Eiden, K.E. Leonard // Dev. Psychopathol. - 2006. - Vol. 18, № 2. - P. 395-407.
170. Eiden R.D. Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families / R.D. Eiden, E.P. Edwards, K.E. Leonard // Devel. Psychopathol. - 2002. - № 14. - P. 253-278.
171. Falls: epidemiology and strategies for prevention / Mosenthal A.C., Livingston D.H., Elcavage J. et al. // J. Trauma.- 1995.- Vol.38, № 5.- P. 753-756.
172. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: associations with suicidal thoughts and behaviors / E. Paul, A. Tsypes, L. Eidlitz [et al.] // Psychiatry research. - 2015. - Vol. 225, № 3. - P. 276-282.
173. Freshman A. The implication of female risk factors for substance abuse prevention in adolescent girls / A. Freshman, C. Leinwand // J. Prev. And Interv. Commun. - 2001. - Vol. 21, № 1. - P. 29-51.
174. Frye M.A. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder / M.A. Frye, L.L. Altshuler, S.L. McElroy // Am. J. Psychiatry. - 2003 May. - V. 160. N 5. P. 883-889.
175. Gaynes B.N. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force / B.N. Gaynes, S.L. West, C.A. Ford // Annals of Internal Medicine. - 2004. - Vol. 140, № 10. - P. 822-835.
176. Gmel G. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four european countries / G. Gmel, K. Bloomfield, S. Ahlstrom, M. Choquet, T. Lecomte // Substance Abuse. - 2000. - V. 21. - No. 4. - P. 249-264.
177. Hall C.W. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics / C.W. Hall, R.E. Webster // J. Drug Educ. - 2002. - Vol. 32, № 3. - P. 195-211.

178. Harter S. L. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature / S.L. Harter // Clin. Psychol. Rev. - 2000. - Vol. 20, № 3. - P. 311-337.
179. Hingson R., Howland J. Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature // J. Stud. Alcohol.- 1997.- Vol.48, №3.- P. 212-219.
180. Hirsch J.K. A review of the literature on rural suicide / J.K. Hirsch // Crisis. - 2006. - Vol. 27, № 4. - P. 189-199.
181. Hurcom C. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades / C. Hurcom, A. Copello // Substance Use & Misuse. - 2000. - Vol. 35, № 4. - P. 473-502.
182. Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents / A. Hussong, D. Bauer, L. Chassin // J. Abnorm. Psychol. - 2008. - Vol. 117, № 1. - P. 63-78.
183. Jordan S. The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts / S. Jordan // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. - 2010. - Vol. 53, № 4. - P. 340-346.
184. Inskip H.M., Harris E.C., Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia // Brit. J. Psychiatry, 1998.- Vol. 172.- P.35-37.
185. Isometsä E.T., Lönnqvist J.K. Suicide attempts preceding completed suicide // Brit. J. Psychiat., 1998, Vol. 173.- P.532-535.
186. Kearns-Bodkin J.N. Relationship functioning among adult children of alcoholics / J.N. Kearns-Bodkin, K.E. Leonard // J. Stud. Alcohol. Drugs. - 2008. - Vol. 69, № 6. - P. 941-950.
187. Kelley M.L. Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men / M.L. Kelley, T.F. Cash, A.R. Grant // Addictive Behaviors. - 2004 Nov. - V. 29. - N 8. - P. 1633-1636.

188. King A.C. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers / A.C. King, N.C. Bernardy, K. Haune // *Addictive Behaviors*. - Jan-Feb 2003. - V. 28. - N 1. - P. 171-187.
189. Knibbe R.A. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences / R.A. Knibbe, K. Bloomfeld // *Substance Abuse*. - 2001. - V.22. N. 1. - P. 23-38.
190. Kolves K. The role of alcohol in suicide: a case - control psychological autopsy study / K. Kolves, A. Varnik, L.M. Tooding // *Psychological Medicine*. - 2006. - Vol. 2. - P. 1-8.
191. Krosowa A.J. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study / A.J. Krosowa // *J. Epidemiol. and Community Health*. - 2000. - Vol. 54. - P. 254-261.
192. Kuenzler A. Couple alcohol treatment benefits patients' partners / A. Kuenzler, L.E. Beutler // *J. Clin. Psychol.* - 2003. - Vol. 59, № 7. - P. 791-806.
193. Leenaars A.A., Yang B., Lester D. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States // *J. Clin. Psychol.*, 1993.- Vol.49, №6.- P. 318-321.
194. Lester D. Marriage, remarriage suicide and homicide in America // *Psychol. Rep.*-1997.-Vol. 81, №3 (Pt 2).- P. 1082.
195. Lester D. The role of shame in suicide // *Suicide Life Threat. Behav.*- 1997a.-Vol. 27,№4.- P. 352-361.
196. Lewis C.E., Smith E., Kercher C., Spitznagel E. Predictors of mortality in alcoholic men: a 20-year follow-up study // *Alc. Clin. Exp. Res.*, 1995.- Vol.19, №4.- P. 984-991
197. Lippard E. T. Neurobiological risk factors for suicide: insights from brain imaging / E. T. Lippard, J. A. Johnston, H. P. Blumberg // *American journal of preventive medicine*. - 2014. - Vol.47, №. 3. -P. 152-162.
198. Maris R.W. Social and familial risk factors in suicidal behaviour // *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1997.- Vol. 20.- P. 519- 550.

199. McBride A.J. Toad's syndrome: Addiction to joy riding / A.J. McBride // *Addiction Research*. - 2000. - Vol. 8, № 2. - P. 129-140.
200. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach / W.R. Miller // *Approaches to drug Abuse Counseling*. NIDA. - Rockville, 2000. - P. 99-106.
201. Mitchell J. SAD: Suicide, Alcohol & Drugs in the Entertainment Industry / J. Mitchell. - Hampster: Old Line Publishing. - 2011. - 104 p.
202. Mother-daughter and father-daughter attachment of college student ACOAs / M. L. Kelley [et al.] // *Subst. Use Misuse*. - 2008. - Vol. 43, №. 11. - P. 1559-1570.
203. Mudar P. Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples / P. Mudar, K.E. Leonard, K. Soltysinski // *J. Consult. Clin. Psychol.* - 2001. - Vol. 69, № 1. - P. 130-134.
204. Multi-level risk factors for suicidal ideation among at-risk adolescent females: the role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress [Text] / M. Giletta, C. D. Calhoun, P. D. Hastings [et al.] // *Journal of abnormal child psychology*. - 2015. - Vol. 43, № 5. - P. 807-820.
205. Nostrom T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden // *Addict.*, 1995.- Vol.90, №11.- P. 1463-1469.
206. Nostrom T. Prevention strategies alcohol policy // *Addict.*, 1995a.- Vol.90, №4.- P. 515-524.
207. Ostlund A. Personality traits in relation to alcohol dependence and abuse and psychiatric comorbidity among women: a population-based study / A. Ostlund, F. Spak, V. Sundh // *Subst. Use Misuse*. - 2004 Jul. - V. 39. - N 9. P. 1301-1318.
208. Peck D.L., Warner K. Accident or suicide? Single-vehicle car accidents and the intent hypothesis // *Adolescence*. - 1995.- Vol. 30, № 118.- P. 463-472.
209. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries / Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J. at al. // *Psychological Med.*, 1999.- Vol. 29.- P. 9-17.

210. Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis / W.A. Pridemore // *Addiction*. - 2013. - Vol. 108. - P. 1933-1941.
211. Pridemore W. A. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis / W. A. Pridemore, M. B. Chamlin, E. Andreev // *American journal public health*. - 2013. - Vol. 103, № 11. - P. 2021-2026.
212. Pridemore W.A. The Effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis / W.A. Pridemore, M.B. Chamlin M.T. Kaylen, E. Andreev // *Alcoholism: clinical and experimental research*. - 2014. - Vol. 38, № 1. - P. 257-266.
213. Ramamoorthi R. Epidemiology, etiology, and motivation of alcohol misuse among Australian Aboriginal and Torres Strait Islanders of the Northern Territory: a descriptive review / R. Ramamoorthi, R. Jayaraj // *J. Ethn. Subst. Abuse*. - 2015. - Vol. 14, № 1. - P. 1-11.
214. Relationships among depressive mood symptoms and parent and peer relations in collegiate children of alcoholics / M. Kelley [et al.] // *Am. J. Orthopsychiatry*. - 2010. - Vol. 80, №. 2. - P. 204-212.
215. Rocsow I. Regional analysis of alcohol and suicide in Norway: some empirical considerations // *Suic. Life. Treat. Behav.*, 1995.- Vol. 25, №3.- P. 401-409.
216. Robinson W. L. Brief report: suicidal ideation in adolescent girls: impact of race / W. L. Robinson, J. R. Droegea, A. E. Hipwellb [et al.] // *Journal of Adolescence*. - 2016. - Vol. 53. - P. 16-20.
217. Satre D.D. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults / D.D. Satre, J.R. Mertens, C. Weisner // *J. Stud. Alcohol*. - 2004 Sep. - V.65. - N 5. - P. 638-642.
218. Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe // *Suicide Life Threat. Behav.*- 1997.- Vol. 27, №1.- P. 127-136.

219. Schuckit M.A. The relationships of a family history of alcohol dependence: A low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders / M.A. Schuckit, T.L. Smith // *J. Stud. Alcohol.* - 2000. - Vol. 61. - P. 827-835.
220. Schuckit M.A. Women who marry men with alcohol-use disorders / M.A. Schuckit, T.L. Smith, M.Y. Eng, J. Kunovac // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2002. - Vol. 26, № 9. - P. 1336-1343.
221. Shafer M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction / M. Shafer, B. Schnak, M. Soyka // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* - 2000. - Vol. 50, № 2. - P. 38-50.
222. Sher L. Alcohol consumption and suicide / L. Sher // *Quarterly Journal of Medicine.* - 2006. - Vol. 99, № 1. - P. 57-61.
223. Shiels M.S., Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data / M.S. Shiels, P. Chernyavskiy, W.F. Anderson et al. // *Lancet.* - 2017. - Vol. 25, № 17.
224. Slutske W.S. Do college students drink more than their non-college-attending peers evidence from a population-based longitudinal female twin study / W.C. Slutske, E.E. Hunt-Carter, R.E. Nabors-Oberg // *J. Abnorm. Psychol.* - 2004 Nov. - V. 113. - N 4. P. 530-540.
225. Smoking and the risk of suicide / A. Tanskanen [et al.] // *Acta Psychiat. Scan.* - 2000. - Vol. 101. - P. 243-245.
226. Stewart Ch. Family factors of low-income African-American youth associated with substance abuse: an exploratory, an analysis / Ch. Stewart // *J. of Ethnicity in Substance Abuse.* - 2002. - Vol. 1, № 1. - P. 97.
227. Stillion J.M., McDowell E.E. Suicide across the life span.- Washington, Bristol, London: Taylor&Francis, 1996.- 349 p.
228. Striatal Dysfunction Marks Preexisting Risk and Medial Prefrontal Dysfunction Is Related to Problem Drinking in Children of Alcoholics / M.M. Heitzeg [et al.] // *Biol. Psychiatry.* - 2010. - №. 21. - P. 43-48.

229. Suzuki K., Takeda A., Matsushita S. Coprevalence of bulimia with alcohol abuse and smoking among Japanese male and female high school students // *Addiction*, 1996.- Vol. 90, №7.- P. 971-975.
230. Wagner B.M. Family risk factors for child and adolescent suicidal behaviour // *Psychol. Bull.*, 1997.-Vol. 121, №2.- P.246-298.
231. Wallace Jr J. M. Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000 / J. Jr M. Wallace, J.G. Bachman // *Addiction*. - 2003. - V. 98. - P. 225-234.
232. Watt T.T. Marital and cohabiting relationships of adult children of alcoholics: evidence from the national survey of family and households / T.T. Watt // *J. Fam. Issues*. - 2002. - №. 23. - P. 246-265.
233. Weeks M. Predictors of suicidal behaviors in Canadian adolescents with no recent history of depression / M. Weeks, I. Colman // *Archives of suicide research*. - 2016. - № 1. - P. 1-11.
234. Weijers H.G. Gender and personality in alcoholism / H.G. Weijers, G.A. Wiesbeck, N. Wodarz // *Arch. Women Ment. Health*. - 2003 Nov. - V. 6. - N 4. P. 245-252.
235. Weishaar M.E. *Clinical and Cognitive Predictors of Suicide* / M.E. Weishaar, A.T. Beck // *Assessment and Prediction of Suicide* / eds.: R.W. Maris [et al.]. - New York; London: The Guilford Press, 2000. - P. 467-483.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 2.1.1 Возрастные и семейно-брачные особенности женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и здоровых женщин	39
Таблица 2.1.1 Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями в исследуемых группах	41
Рисунок 2.1.2 Наследственная отягощенность психопатологией лиц, страдающих алкогольной зависимостью (в абсолютных цифрах)	41
Таблица 2.1.2 Наркологические особенности лиц, представленных в экспериментальной группе исследования	43
Рисунок 2.1.3 Терапевтические особенности респондентов, страдающих алкогольной зависимостью	44
Таблица 3.1.1 Основные статистически значимые ($p<0,05$) отличия в отношении суицидальных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении со здоровыми респондентками . .	52
Таблица 3.1.2 Основные статистически значимые ($p<0,05$) отличия несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении со здоровыми респондентками . .	55
Таблица 3.1.3 Основные статистически значимые ($p<0,05$) отличия отдельных основных предикторов аутоагрессивного поведения исследуемых групп	57
Таблица 3.1.4 Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических показателей у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению с группой контроля (пары сравнения с $p<0,05$) .	59
Таблица 3.2.1 Показатели классической аутоагрессии замужних и разведенных женщин, страдающих алкогольной зависимостью	63

Таблица 3.2.2 Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия в спектре предикторов суицидального поведения исследуемых групп	65
Таблица 4.1 Спектр классической суицидальной аутоагрессивности у мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью и состоящих в брачных отношениях	69
Таблица 4.2 Основные статистически значимые отличия ($p < 0,05$) в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения у женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью	71
Таблица 4.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения у мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях	72
Таблица 4.4 Статистически значимые отличия личностно-психологических особенностей мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, состоящих в брачных отношениях	76
Таблица 4.5 Статистически значимые отличия в наркологических и терапевтических показателях женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью ($p < 0,05$)	79

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем

1. Шифр респондента
2. Пол
3. Семейный статус
4. Возраст
5. Образование
6. Профессия
7. Наличие детей
8. Срок семейной жизни вообще
9. Срок семейной жизни в последнем браке
10. Количество браков
11. Возраст вступления в первый брак
12. Возраст вступления в текущий брак
13. Количество разводов
14. Возраст при разводе (разводах)
15. Часто ли затрагивается тема семейной нестабильности?
16. Наблюдались ли Вы у психиатра сами?
17. Наблюдались ли родственники у психиатра?
18. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид?
19. Пытались ли Вы сами в течение последних 1-2 лет покончить жизнь самоубийством?
20. Пытались ли Вы сами ранее последних 1-2 лет покончить жизнь самоубийством?
21. Думали ли Вы всерьез в течение последних 1-2 лет покончить жизнь самоубийством?

22. Думали ли Вы всерьез ранее последних 1-2 лет покончить жизнь самоубийством?
23. Имели ли Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в детстве? Позже?
24. Боялись ли Вы в детстве темноты?
25. Характерно ли Вам последние 1-2 года долго переживаемое чувство вины?
26. Характерно ли Вам было ранее последних 1-2 лет долго переживаемое чувство вины?
27. Вы можете долго терпеть боль?
28. Свойственно ли Вам порой в последние 1-2 года навязчивое чувство стыда?
29. Свойственно ли Вам порой ранее последних 1-2 лет навязчивое чувство стыда?
30. Чувствуете ли Вы себя последние 1-2 года одиноким?
31. Чувствовали ли Вы себя ранее последних 1-2 года одиноким?
32. Бывают ли у Вас в последние 1-2 года беспричинные приступы депрессии?
33. Бывали ли у Вас ранее 1-2 лет беспричинные приступы депрессии?
34. Боятесь ли Вы смерти?
35. Имеется ли у Вас в настоящем обострение хронических заболеваний? Какие?
36. Имеются ли хронические заболевания у Вас вообще? Какие?
37. Были ли у Вас в последние 1-2 года переломы костей? Число.
38. Были ли у Вас ранее последних 1-2 лет переломы костей? Число.
39. Были ли у Вас в последние 1-2 года ампутации органов?
40. Были ли у Вас ранее последних 1-2 лет ампутации органов?
41. Вам известно в последние 1-2 года чувство безысходности?

42. Вам было известно ранее последних 1-2 лет чувство безысходности?
43. У Вас были в последние 1-2 года одна и более мелкая операция? Какие?
44. У Вас были ранее последних 1-2 лет одна и более мелкая операция? Какие?
45. У Вас были в последние 1-2 года одна и более серьезная операция? Какие?
46. У Вас были ранее последних 1-2 лет одна и более серьезная операция? Какие?
47. Были ли у Вас в последние 1-2 года черепно-мозговые травмы с потерей сознания?
48. Были ли у Вас ранее последних 1-2 лет черепно-мозговые травмы с потерей сознания?
49. Были ли у Вас в последние 1-2 года несчастные случаи? Сколько? Какие?
50. Злоупотребляете ли Вы в последние 1-2 года алкоголем?
51. Злоупотребляли ли Вы ранее последних 1-2 лет алкоголем?
52. Вы стали больше курить в последние 1-2 года?
53. Курите вообще?
54. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи?
55. Склоны ли Вы в последние 1-2 года к перееданию или иногда к отказу от пищи?
56. Склоны ли Вы были ранее последних 1-2 лет к перееданию или иногда к отказу от пищи?
57. Приобрели ли Вы в последние 1-2 года опасные хобби, привычки, склонности?
58. Были ли у Вас ранее последних 1-2 лет опасные хобби, привычки, склонности?

59. Подвергались ли Вы в последние 1-2 года серьезному физическому насилию?
60. Подвергались ли Вы ранее последних 1-2 лет серьезному физическому насилию?
61. Агрессивны ли Вы?
62. Били ли Вас в детстве родители?
63. Наносили ли Вы себе в последние 1-2 года повреждения (братания, порезы)
64. Наносили ли Вы себе ранее последних 1-2 лет повреждения (братания, порезы)
65. Употребляете ли Вы в последние 1-2 года наркотики или др. дурманящие
66. Употребляли ли Вы ранее последних 1-2 лет наркотики или др. дурманящие.
67. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние 1-2 года?
68. Склонны ли Вы были к неоправданному риску ранее последних 1-2 лет?
69. В вашей семье было много долгожителей – более одного (старше 80 лет)?
70. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
71. Стыдитесь (стыдились) ли Вы своего тела?
72. Имеете (имели) ли Вы физический недостаток?
73. Есть ли у Вас (или был ранее) комплекс неполноценности?
74. Верите ли Вы в Бога?
75. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны, горе детей?
76. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?
77. Сильно ли в Вас чувство, что вокруг умирают другие, а Вы будете жить долго?

78. Вы имеете четкие представления о смысле жизни?
79. Были ли у вас обморожения?
80. Сделали ли Вы в своей жизни что-то, за что Вас будут вспоминать после смерти?
81. Вы не видите в последние 1-2 года в этой жизни никакого смысла?
82. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
83. Мучаетесь ли Вы угрызениями совести?
84. Ваша семейная жизнь по большому счету удалась?
85. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
86. Вы потеряли работу?
87. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
88. Часто ли Вас обворовывали?
89. Были ли у Вас случаи ожогов во сне о батарею, сигарету?
90. Были ли у Вас серьезные бытовые ожоги? Сколько?
91. Судимы ли Вы?
92. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности?
93. Наличие пароксизмальных состояний
94. Наследственность, примечания
95. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру (у Вас есть для этого повод)

Текст опросника Mini-Mult.

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.

23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.

24. Иногда вы сердитесь.

25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.

26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.

27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.

28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.

29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.

30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.

31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.

32. Вас часто беспокоит желудок.

33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.

34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.

35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.

36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.

37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.

38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.

39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,

40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.

41. Вам безразлично, что думают о вас другие.

42. С памятью у вас все благополучно.

43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.

44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.

45. У вас редко болит голова.

46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.

47. Не все ваши знакомые вам нравятся.

48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.

49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.

50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.

51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.

52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.

53. Иногда вы немного сплетничаете.

54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.

55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.

56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.

57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.

58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.

59. Ваша судьба никого особенно не интересует.

60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.

61. Иногда вы полны энергии.

62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.

63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.

64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.

65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.

66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.

67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.

68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.

69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.

70. Вы часто разочаровываетесь в людях.

71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

К методике прилагается бланк, где на одной стороне фиксируются ответы испытуемого. Если испытуемый согласен с утверждением, то в клетке с номером вопроса он ставит знак «+» («да», «верно»), если не согласен – знак «-» («нет», «неверно»). На обратной стороне бланка экспериментатор строит профиль личности испытуемого с учетом значения шкалы коррекции, добавляя к указанным в бланке шкалам соответствующее значение шкалы коррекции. Таблица этих значений приведена на бланке.

Значение шкалы К добавляется к базисным шкалам № 1,4, 7,8,9.

Например: если по шкале К получено 9 баллов, то к значению шкалы №1, исходя из таблицы, добавляют 5 баллов, к значению шкалы № 4 – 4 балла, к значениям шкал № 7 и № 8 по 9 баллов, к значению шкалы № 9 – 2 балла.

Текст опросника LSI

1.	Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2.	Когда я хочу чего-нибудь, то никак не могу дождаться, когда это получу.
3.	Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4.	Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5.	Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6.	Я редко помню свои сны.
7.	Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8.	Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9.	Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10.	В мечтах я всегда в центре внимания.
11.	Я человек, который никогда не плачет.
12.	Необходимость пользоваться общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
13.	Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14.	Меня легко вывести из себя.
15.	Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16.	Многое во мне восхищает людей.
17.	Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем приходить в ярость.
18.	Я много болею.
19.	Я меня плохая память на лица.
20.	Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21.	Когда я слышу сальность, то очень смущаюсь.
22.	Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23.	Я ненавижу злобных людей.
24.	Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25.	Я с трудом запоминаю имена.
26.	У меня склонность к излишней импульсивности.
27.	Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28.	Я свободен от предрассудков.
29.	Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30.	Когда я собираюсь в поездку, то планирую каждую деталь заранее.

31.	Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32.	Порнография отвратительна.
33.	Когда я чем-нибудь расстроен, то много ем.
34.	Люди мне никогда не надоедают.
35.	Многое из своего детства я не могу вспомнить.
36.	Когда я собираюсь в отпуск, то обычно беру с собой работу.
37.	В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38.	В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39.	Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому, вызывает у меня отвращение.
40.	Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю ему это, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-нибудь другому.
41.	Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42.	Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43.	Я никогда не волнуюсь, когда слышу о какой-либо трагедии.
44.	В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45.	Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46.	Беспорядочность отвратительна.
47.	Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48.	Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49.	Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
50.	У меня портится настроение и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимания.
51.	Люди говорят мне, что я всему верю.
52.	Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53.	Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54.	Мне кажется, я много спорю с людьми.
55.	Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
56.	Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57.	Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58.	Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59.	Мне кажется, что я не могу выразить свои эмоции.
60.	Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61.	То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.

62.	Я очень редко испытываю чувство привязанности.
63.	Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64.	Я многое коллекционирую.
65.	Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66.	Звуки детского плача не беспокоят меня.
67.	Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68.	Я всегда оптимистичен.
69.	Я много лгу.
70.	Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71.	В основном люди несносны.
72.	Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73.	Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74.	Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75.	Я не понимаю некоторых своих поступков.
76.	Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77.	Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
78.	Когда у меня неудача, я не могу скрыть плохого настроения.
79.	То, как люди одеваются сейчас на пляже, неприлично.
80.	Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81.	Я всегда планирую наихудшее, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82.	Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83.	Когда-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84.	Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85.	Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86.	Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87.	Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88.	Мне кажется, что я не смог закончить ничего из того, что начал.
89.	Когда слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90.	В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91.	Я много кричу на людей.

92.	Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93.	Когда расстроен, я часто напиваюсь.
94.	Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95.	Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю больше, чем обычно.
96.	Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того чтобы добиться успеха.
97.	Я говорю много неприличных слов.

Обработка и интерпретация результатов теста

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом. Затем сырые баллы переводятся в проценты. На основе процентных показателей составляется профиль эго-защит.

Текст опросника STAXI

Часть 1. Как Я себя чувствую СЕЙЧАС

Утверждения	Нет, это не так	Немного	Умеренно	Очень
1. Я разъярен				
2. Я чувствую себя раздраженным				
3. Я зол				
4. Я чувствую, что мне хочется накричать на кого-нибудь				
5. Я чувствую, что мне хочется разбить что-нибудь вдребезги				
6. Я взбешен				
7. Я чувствую, что мне хочется стукнуть по столу кулаком				
8. Я чувствую, что мне хочется кого-нибудь ударить				
9. Я готов взорваться				
10. Я чувствую, что мне хочется ругаться				

Часть 2. Как Я себя ОБЫЧНО чувствую

Утверждения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Я легко завожусь				
2. Я человек огненного темперамента				
3. Я вспыльчивый человек				
4. Меня злит, когда мне приходится действовать медленнее из-за чужих ошибок				
5. Меня раздражает, если моя хорошая работа остается незамеченной				
6. Я – взрывчатый человек				
7. Когда я взбешен, я говорю очень неприятные вещи				
8. Я впадаю в ярость, когда меня критикуют в чьем-то присутствии				
9. Когда я сильно неудовлетворен чем-то и никак не могу сделать что хочу, мне хочется кого-нибудь ударить				
10. Меня приводит в ярость, если я делаю				

хорошую работы, а ее плохо оценивают

Часть 3. Когда Я зол или разъярен

Утверждения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1. Я контролирую свой гнев				
2. Я проявляю свою злость				
3. Во мне накапливается возбуждение, не находя разрядки				
4. Я терпелив с окружающими				
5. Я угрюмый и хмурый				
6. Я отдаляюсь от людей				
7. Я делаю едкие замечания окружающим				
8. Я не даю выход гневу (я держу гнев в себе)				
9. Я могу хлопнуть дверью				
10. Моя злость не находит выхода, и я надолго остаюсь раздраженным				
11. Я контролирую свое поведение				
12. Я ругаюсь с окружающими				
13. Я склонен копить обиды, о которых никому не говорю				
14. Если меня что-то или кто-то взбесит, я этого так просто не спускаю				
15. Я могу удержать себя от потери самообладания				
16. Я затаиваю обиду				
17. Я гораздо более злой, чем это обычно признаю				
18. Я все сдерживаю внутри				
19. Я говорю гадкие вещи				
20. Ничто не заставит меня показать свою злость (Я скрываю свою злость)				
21. Я раздражаюсь в гораздо большей степени, чем окружающие это замечают				
22. Я теряю самообладание				
23. Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую				
24. Я контролирую свое чувство гнева				

Интерпретация: оценивается характер и уровень агрессии.

Опросник содержит шкалы:

1. (STATE-ANGER) Агрессия как состояние (часть 1)
2. (TRATE-ANGER/R) Агрессия как черта характера (часть 2)
3. (TRATE-ANGER/T) Агрессия как темперамент (часть 3: утверждения – 5, 6, 22)
4. (AX/IN) Аутоагрессия (часть 3: утверждения – 3, 10, 13, 16, 17, 18, 21)
5. (AX/OUT) Гетероагрессия (часть 3: утверждения – 2, 7, 9, 12, 14, 19, 23)
6. (AX/CON) Уровень контроля агрессии (часть 3: утверждения – 1, 4, 8, 11, 15, 20, 24)

После заполнения опросника подсчитываются очки. Для этого в первой части графы получают очки от 0 до 3, во второй и третьей частях – от 1 до 4 (все плюсы в первой графе получают 1 балл, во второй -2 балла и т.д.)