



МЕРИНОВ Алексей Владимирович -  
профессор кафедры психиатрии Рязанского  
государственного медицинского университета,  
доктор медицинских наук.  
Сфера научных интересов - аутоагрессивное поведение,  
зависимое и созависимое поведение.

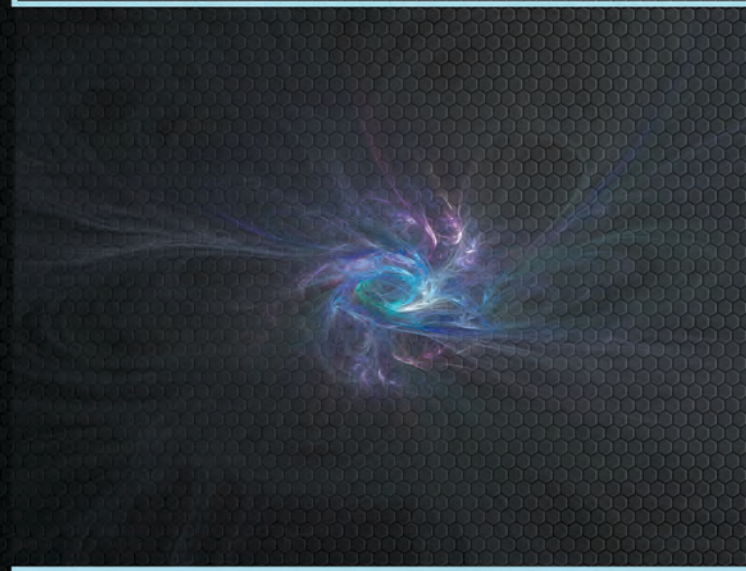


РОЛЬ И МЕСТО ФЕНОМЕНА АУТОАГРЕССИИ  
В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. МЕРИНОВ

А.В. Меринов

## РОЛЬ И МЕСТО ФЕНОМЕНА АУТОАГРЕССИИ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ



ПСИХИАТРИЯ

Меринов Алексей Владимирович

**РОЛЬ И МЕСТО ФЕНОМЕНА  
АУТОАГРЕССИИ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Санкт-Петербург

2017

**УДК 616.89-008.441.13-058.8**

**ББК 56.14**

**М 522**

*Рецензенты:*

Заведующий ОПП и РБ МК «Медицинский город», главный редактор журнала «Суицидология», профессор, д.м.н. *Зотов Павел Борисович*

Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии Медицинского института ФГАОУ ВО «БелГНИУ» Министерства образования и науки РФ, д.м.н., профессор *Руженков Виктор Александрович*

Заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор *Шереметьева Ирина Игоревна*

**Меринов А.В.**

**М 522** Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - СПб: «Экспертные решения», 2017 - 192 с.

**ISBN 978-5-9908181-6-3**

Монография посвящена функционированию семейной системы при наличии в ней мужчины, зависимого от алкоголя. Основной акцент сделан на изучении роли и места феномена аутоагрессии в подобных семьях. Приводится оригинальная классификация динамики «алкогольных» браков с учетом проницаемости границ семейной системы. Подробно описаны клинико-феноменологические характеристики браков с перманентно закрытой, вторично и первично открытыми семейными системами. Рассмотрены особенности супругов, в зависимости от динамики брака. Проанализировано влияние развода на аутоагрессивный «спектр» бывших супругов, а также дана подробная клинико-суицидологическая спецификация взрослых детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Предназначена для студентов пятого курса лечебного факультета по специальности «Лечебное дело», изучающих дисциплину «Психиатрия, медицинская психология», интернов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальности «Психиатрия», врачей психиатров и наркологов.

**УДК 616.89-008.441.13-058.8**

**ББК 56.14**

© Меринов А.В.

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

© Издательство «Экспертные решения»

**ISBN 978-5-9908181-6-3**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	5
<b>Глава 1.</b> Алкогольная зависимость, семья и аутоагрессивное поведение: точки соприкосновения и взаимное влияние.....	8
<i>Часть первая.</i> Семьи больных алкогольной зависимостью.....	8
<i>Часть вторая.</i> Аутоагрессивность и зависимо-созависимые отношения.....	14
<i>Часть третья.</i> Роль семейных отношений в суицидологической практике	20
<i>Часть четвертая.</i> Клинико-психологические особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.....	21
<b>Глава 2.</b> Развернутая суицидологическая и наркологическая характеристики супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью	25
<i>Часть первая.</i> Методология и дизайн исследования.....	25
<i>Часть вторая.</i> Суицидологическая характеристика обследованной группы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и их жен.....	32
<i>Часть третья.</i> Влияние суицидальной активности у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на прочий аутоагрессивный спектр. Наркологические, экспериментально-психологические характеристики респондента и его супруги.....	41
<i>Часть четвертая.</i> Влияние развода на суицидологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и их бывших супруг .....	54
<i>Часть пятая.</i> Метод диагностики риска суицидального поведения у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.....	66
<b>Глава 3.</b> Клиническая типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.....	72
<i>Часть первая.</i> Варианты семейной динамики.....	72
<i>Часть вторая.</i> Аутоагрессивная, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристики супругов из браков с первично открытой, вторично открытой и перманентно закрытой семейной системами.....	87
<i>Часть третья.</i> Эпискрипт в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.....	102
<b>Глава 4.</b> Суицидологические и наркологические характеристики взрослых детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.....	121
<b>Заключение</b> .....	132
<b>Приложения</b> .....	136
<b>Список используемой литературы</b> .....	168

## **Список сокращений**

1. ВДА – взрослые дети больных алкогольной зависимостью
2. ВОСС – браки с вторично открытой семейной системой
3. КПСН – коэффициент просуицидальной напряжённости
4. КСО – коэффициент суицидальной опасности
5. МСАЗ – мужчины, страдающие алкогольной зависимостью
6. МНАЗ – мужчины, не страдающие алкогольной зависимостью
7. ПЗСС – браки с первично закрытой семейной системой
8. ПОСС – браки с первично открытой семейной системой
9. ПСДО – процент статистически достоверных отличий

## ПРЕДИСЛОВИЕ

С сожалением приходится констатировать, что алкогольная зависимость и связанное с ней суицидальное и несуйцидальное аутоагрессивное поведение продолжают оставаться серьезнейшей проблемой для многих стран, включая Россию [114, 144, 183, 228]. Большинство современных исследователей констатирует четкую связь между распространенностью алкогольной зависимости в обществе и уровнем суицидальной активности, а также преждевременной смертностью [102, 170, 211]. Общеизвестно, что уровень заболеваемости алкогольной зависимостью и популяционное количество самоубийств (как наиболее яркого примера саморазрушающего поведения) являются важным критерием благополучия любого государства [102, 118]. Иными словами, индексы распространенности указанных явлений представляют наглядное отражение социально-экономических и политических потрясений, являясь медико-социальным барометром текущей формации.

В то же время не подвергается сомнению влияние семейно-брачного института на возникновение и динамику алкогольной зависимости [5, 98, 110, 150], а также на генезис суицидального поведения [114, 138, 202]. Установленным является и тот факт, что в условиях сформированной алкогольной зависимости катализирующее воздействие семейной дисфункциональности в отношении реализации аутоагрессивного поведения приобретает наиболее фатальное значение [12, 32, 183].

Таким образом, несомненно наличие взаимосвязанных отношений между феноменами суицидального и иного аутоагрессивного поведения, алкогольной зависимостью и качеством функционирования семейного института. К сожалению, большинство исследований, описывающих отношения перечисленных явлений, ограничиваются изучением связи каких-либо двух из них. К настоящему времени не имеется описания взаимодействия всех трёх феноменов с позиции их системных отношений, до конца не известна природа этой связи, ее динамические характеристики. Более того, все существующие классификации семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), не затрагивают аутоагрессивную составляющую подобных браков и, за редким исключением, носят статичный характер.

Более того, традиционно к алкогольной аутоагрессии относят аутодеструкцию самих аддиктов [102, 127, 228], однако, алкогольная зависимость, затрагивая всю семью, формирует обширный созависимый

контингент (супруги, дети, иные родственники, друзья пациента), обладающий собственным высоким аутоагрессивным потенциалом [114, 204], часто не ассоциирующимся в клинической работе с «основным» заболеванием. Это способствовало малой изученности динамических особенностей саморазрушающего поведения в зависимо-созависимой диаде с позиции системности и взаимосвязанности. Существующие концепции аутоагрессивного поведения способны помочь шире взглянуть на алкогольную зависимость и созависимость, найти точки их соприкосновения, что, соответственно, поможет более фокусно и осмысленно использовать имеющиеся сведения в этой области, поскольку только взгляд на имеющиеся нарушения семейных отношений в «алкогольном» браке с позиции системности имеющейся патологии позволит перейти на качественно иной уровень в лечении наркологической патологии. Безусловно, это касается и базовых принципов наркологической суицидологии, а также подходов к коррекции широкого спектра нарушений созависимого круга. Нам представляется, что подход, направленный на осознанное понимание и отказ от патологических семейных антивитаальных стереотипов, должен быть одним из вариантов терапии больных алкогольной зависимостью и их созависимых родственников.

Учитывая все вышеперечисленное, на протяжении последних двадцати лет нами проводилось комплексное изучение аутоагрессивных характеристик МСАЗ, их жен и детей. Попутно осуществлялась разработка клинико-терапевтической типологии супружеских отношений, учитывающей аутоагрессивные, наркологические и личностно-психологические особенности супругов, что на наш взгляд способно эффективно повлиять на процесс терапии основного наркологического заболевания, а также на устранение патологии созависимых лиц. Предлагаемая нами типология позволила по-новому взглянуть на кажущиеся простыми и понятными семейные пережитки, которые на самом деле гораздо глубже и драматичнее. Кроме того, в процессе работы, представилась уникальная возможность создать и опробовать новый метод оценки риска суицидального поведения у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, который хорошо зарекомендовал себя в научной и клинической работе и будет предложен Вашему вниманию.

Завершая вступление, хотелось бы отметить, что затрагиваемая в предлагаемой работе тема, безусловно, еще далека до полного завершения и осмысления. Она и по-прежнему является темой активного научного поиска, непрерывно открываясь в новых плоскостях. Данное

издание призвано ответить на интересующие Вас вопросы и, главное, сформировать новые, которых не коснулось повествование, что позволит консолидировать научные поиски, чтобы количество белых пятен в наркологической суицидологии было сведено к минимуму, теоретическая база стала обширнее и мультидисциплинарнее, а практическое воплощение имеющихся знаний – максимально эффективным и индивидуальным. Ведь за этими «сухими» словами стоят спасенные человеческие жизни и людские судьбы.



# ГЛАВА 1

## АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, СЕМЬЯ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ И ВЗАИМНОЕ ВЛИЯНИЕ

### *Часть первая. Семьи больных алкогольной зависимостью*

Семьи больных алкогольной зависимостью активно изучаются на протяжении длительного времени, однако к настоящему моменту окончательного понимания закономерностей их формирования и существования в виду наличия явной и скрытой «нелогичности» этих отношений не существует. Существует значительное количество теорий с разной степенью доказательности с использованием самых разных методологических и теоретических подходов, объясняющих изначальную тропность супругов, особенности внутрисемейных типов реагирования, динамические отношения в зависимо-созависимой диаде, в то же время целостного понимания происходящих внутрисемейных процессов до сих пор не существует [210]. Рассмотрим наиболее упоминаемые в современной литературе данные, касающиеся затрагиваемой тематики.

Традиционно отношения алкогольной зависимости и института семьи рассматривают в трёх основных плоскостях. Во-первых, именно семейному фактору [16, 98, 150] отводится первично-профилактическая роль в формировании условий, не способствующих возникновению алкогольной зависимости (речь идёт как о влиянии родительской семьи, так и о гармоничных семейных отношениях в собственном браке).

Во-вторых, многие исследователи именно семейный фактор относят к важнейшим вызывающим и поддерживающим алкогольную зависимость [57, 71, 59, 107, 130]. Подчёркивается, что взаимоотношения в данном случае имеют двусторонний характер и образуют замкнутый порочный круг: больной алкогольной зависимостью негативным образом влияет на функционирование семьи [28, 203], а нарастающее или изначально имеющееся нарушение семейных отношений приводит к прогрессированию алкогольной зависимости у, страдающего алкогольной зависимостью, супруга [136, 154, 181, 203]. Отметим, что в ряде исследований находят прямую связь между частотой семейных конфликтов и актуализацией патологического влечения к алкоголю [23, 121]. Семья же обычно является первым индикатором актуализации патологического влечения к алкоголю, так называемое «предчувствие созависимых» [48], или, по мнению других

исследователей, подсознательно «раскачивает» и подталкивает пациента к очередному запою [80, 220].

В-третьих, семья отводится одна из главных ролей в лечении и вторичной профилактике алкогольной зависимости [24, 71, 154, 219]. Напомним, что семейному фактору в отношении эффективности терапии алкогольной зависимости и «удержания» состояния ремиссии, отводится также двойственная роль [91]. Безусловно, семья может и должна являться одним из мощных терапевтических факторов, создающим необходимые условия для формирования устойчивой и качественной ремиссии [84, 44, 131, 218]. С другой стороны, сложившиеся ещё до лечения патологические семейные стереотипы без их серьёзной «проработки» продолжают активно действовать после осуществлённой терапии [59, 121]. При этом пациент, по сути, возвращается в «прежнюю проалкогольную среду», которая в силу патологической гомеостатической системной реакции [28, 72] либо иных механизмов сценарных [83, 137], возвращает его в актуальное зависимое состояние.

Таким образом, употребление спиртных напитков при алкогольной зависимости рассматривается как интеракционный процесс, предполагающий связь употребления алкоголя с функционированием естественной семейной группы, а также как коммуникационный и взаимообусловленный адаптационный процесс, характеризующийся специфическим стилем обоюдных отношений с взаимным приспособлением больного алкоголизмом и его окружения [95]. Взаимоотношения в семьях больных алкоголизмом не укладываются в модель: «болезнь - стресс - преодоление». В таких семьях существует конфликт из-за доминирования: пьяный муж доминирует, однако, во время трезвости доминирует жена [80].

Семья МСАЗ имеет присущие только ей динамические характеристики. Данная динамика подразумевает закономерное нарастание конфликтности, «закрытости» семейной системы, накопление психосоматических нарушений у членов семьи [95, 203, 212, 237]. Меры по преодолению пьянства мужа сокращаются со временем, и наступает фаза «обессиливания». Следует помнить, что семья больного алкогольной зависимостью в среднем лишь через 5-7 лет после появления явных свидетельств его патологического пристрастия признает, что в доме живёт зависимый от алкоголя [81].

P. Watzlawick, J. Beavin, D.D. Jackson (2000) указывают, что в семьях больных алкогольной зависимостью трудно упорядочить последовательность событий. Муж утверждает, что его жена слишком авторитарна и он чувствует себя мужчиной лишь после приёма алкоголя.

Жена опровергает это высказывание, заявляя, что она бы перестала командовать, если бы он проявил больше ответственности, но поскольку он напивается каждый вечер, то ей приходится о нем заботиться. Для не вовлечённого наблюдателя их бесконечная игра становится очевидной достаточно быстро.

Наиболее типичный стереотип отношений в зависимо-созависимой системе – это так называемая «балльная система», которая заключается в следующем: вблизи алкогольного эксцесса фиксируется фаза набора отрицательных баллов, связанная с нежелательным поведением больного. Далее следует дисбалансная фаза, когда патологическое поведение пьющего прекращается. Следом за этим фиксируется компенсаторная фаза набора условных положительных баллов, связанная со стремлением пьющего возместить в светлом промежутке ущерб, нанесённый близким в период эксцесса. По завершению данной фазы семейная система вступает в неустойчивую балансную фазу, предшествующую очередному алкогольному эксцессу. С началом очередного эксцесса алкогольный цикл повторяется.

Общеизвестно, что алкогольная зависимость супруга является фактором, вызывающим выраженную семейную нестабильность, приводящую к ссорам, взаимному непониманию, экономической несостоятельности [57]. При исследовании семей больных алкоголизмом в большинстве из них находят конфликтные и формальные отношения, важнейшей чертой подобных браков называются высокая нервно-психическая нагрузка и тревожность, лживость и неискренность [256]. Разлад в семейных отношениях определяется у 100% зависимых от алкоголя лиц, отказывающихся от лечения.

По данным Л.К. Шайдуковой (1993), динамика алкоголизма подразумевает у человека снижение потребности в нормальном браке либо потребность в нормальном браке отсутствовала изначально: субъекты брака в принципе не способны выполнять «гармоничные» супружеские обязанности. Стоит отметить и весьма любопытный феномен, встречающийся в подобных браках, – синдром «счастливой» семьи [80, 120, 141], когда, несмотря на явные внутрисемейные нарушения, члены семьи (обычно супруга, дети) пытаются создавать для окружающих видимость идеальных семейных отношений. Любопытно то, что внутрисемейные отношения в браках, где оба супруга злоупотребляли алкоголем или не употребляли его, оказались лучше, чем в тех, где только один супруг был зависимым [230].

Отдельно стоит коснуться связи между алкогольной зависимостью супруга и насилием в семье. Среди мужей, избивающих своих жён,

преобладают мужчины, страдающие алкоголизмом и имеющие антисоциальное расстройство личности [185]. Статистические данные показывают, что до 74% случаев семейного насилия совершаются в состоянии алкогольного опьянения одного или нескольких членов семьи [51]. При этом среди женщин, подвергающихся домашнему насилию со стороны мужа, достоверно чаще встречаются попытки самоубийств, зависимость от алкоголя и наркотиков [129].

Говоря про влияние алкогольной болезни на семейную систему, нельзя обойти вниманием проблему влияния алкогольной зависимости на устойчивость брачных отношений. В России и во всем мире это крайне «неприятная» тема. В сплошных выборках больных алкогольной зависимостью находят большее количество разведённых, чем в общей популяции [96, 249]. М.А. Schukit (1986) считает, что развод «генетически» связан с алкоголизмом, делая его первопричиной распадов семей в Европе. В качестве основной причины развода в нашей стране алкоголизм указывается в 21,8-90% бракоразводных процессов [40].

Отмечено, что распад семьи лишает алкоголика «опекуна», контролировавшего его, и индивид остаётся «безоружным» перед влечением к алкоголю [172]. Развод, согласно С.Е. Lewis (1995), является предиктором короткой последующей жизни больных алкоголизмом, а постразводное аутоагрессивное поведение рассматривается в контексте переживания чувства безнадёжности после лишения семейного «буфера» [223]. Таким образом, позиция ряда исследователей и клиницистов понятна.

Описание взаимоотношения больного алкоголизмом и семейной системы будет неполным, если не коснуться проблемы созависимости, ставшей в последнее время крайне обсуждаемой в наркологической прессе и в интернет-пространстве.

Итак, созависимость. Более 50 лет назад было отмечено, что жены в семьях, где мужчина страдает алкогольной зависимостью, являются скорее «партнёрами» пьющих мужчин и удовлетворяют за счёт аддикции мужа свои патологические потребности. В настоящее время доказано, что у большинства членов семей МСАЗ, совместно проживающих с больным не менее двух лет, обнаруживают нарушения, которые объединяются понятием «созависимость». Согласно расчетам, каждый больной алкогольной зависимостью оказывает воздействие на жизнь, по крайней мере, четырёх человек [227].

До настоящего времени нет общепринятой дефиниции созависимости, концепция ее также окончательно не сформировалась. Одни ав-

торы рассматривают созависимость как болезнь, другие - как реакцию, третьи - как некоторый феномен, лежащий где-то в пространстве взаимоотношений пары [95, 123, 204].

В качестве рабочего определения созависимости в отечественных публикациях чаще используется определение, предложенное В.Д. Москаленко (1995): «Созависимый человек - это тот, кто полностью поглощён тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей». Это определение соответствует таковым, принятым у зарубежных исследователей: «Созависимость (co-dependence) - патологическая, аффективно окрашенная зависимость от другого человека. Она проявляется в патологическом смещении фокуса внимания на эмоционально значимый субъект, со стремлением контролировать его поведение и вторично развивающимися расстройствами адаптации» [204]. Созависимость не классифицируется как самостоятельная нозология, а трактуется лишь как сложное по генезису характерологическое, личностное, аддиктивное расстройство [17]. В своей работе Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева (2000) подчёркивают важность понимания того, что «созависимость является более тяжёлой формой аддикции, чем аддикция к конкретной активности или агенту». Во многом это подтверждается тем фактом, что созависимое поведение женщин является основой появления у них симптомов депрессии с суицидальными мыслями и поступками [244]. В настоящее время установлено, что созависимый брак формируется не случайно и по определённым принципам [204]. Согласно результатам Н.К. Радиной (2003), созависимая пара отличается от несозависимой принципиально иным сценариям выбора партнёра. По мнению О.А. Шороховой (2002), в первую очередь созависимость развивается у людей из неблагополучных семей, где отсутствовал один из родителей или родители страдали алкоголизмом, где дети подвергались насилию, то есть, созависимость является болезненным состоянием в настоящем времени, которое возникает как результат адаптации к семейной проблеме в прошлом [29].

К.Ю. Сливко (2003) считает, что семьи с аддиктивными родителями продуцируют людей двух типов: аддиктов и тех, кто заботится об аддиктах. Члены семьи обучаются языку аддикции [65]. Когда приходит время образовывать свои семьи, они ищут людей, которые говорят с ними на одном аддиктивном языке [148]. Зачастую созависимые женщины и повторно строят браки с зависимыми мужчинами (в том числе и с нехимическими зависимостями) [26].

Описывают следующие характерологические особенности созависимых личностей [66, 123, 139]: 1) стремление контролировать свои мысли, чувства и поступки, а также других людей; 2) желание нравиться окружающим; 3) страх критики; 4) эмоциональная вовлекаемость в отношения с людьми, которые полностью подчиняют себе или требуют постоянной заботы; 5) вина при необходимости отстаивать свои «личные» интересы; 6) привычная ложь там, где проще сказать правду.

Созависимость является почвой для возникновения психосоматических заболеваний. Жены больных, их матери и дети часто страдают депрессиями, гипертонической болезнью, язвенной болезнью, головными болями, часто употребляют транквилизаторы, что подтверждают многие исследования [68, 108].

В пятидесятых годах XX века было введено понятие семейного гомеостаза [172] и обнаружено, что семьи психически больных часто демонстрировали депрессию, когда состояние пациента улучшалось, и наоборот. Сама болезнь и подобная реакция семьи стала рассматриваться как средство поддержания хрупкого гомеостаза. Также стало понятно, что многие из «индивидуальных» свойств членов семьи, особенно симптоматическое поведение, являются фактически деталями системы. Симптомы пациента защищают семейную пару, появление симптомов всякий раз связано с изменением жизненной ситуации, которое создаёт тревожность у супругов. Было введено понятие *Quid Pro Quo*: за фасадом неудовлетворенности пары, фрустрации и обвинений, скрывается их взаимная поддержка. Он даёт ей возможность быть спокойной, разумной и покровительственной, а она ему – безответственным, ребячливым и, в общем, неправильно понятым неудачником [206].

Целостность подобным системам придают бихевиоральные факторы. Так, зачастую, один из супругов использует аверсивный стимул или наказание для управления другим членом семьи.

В свете теории социального научения, семейный конфликт считается результатом злоупотребления тактикой аверсивного контроля, в ущерб положительному подкреплению. В.А. Le-Poire (1992) отмечает, что неэффективные попытки созависимой супруги контролировать отклоняющееся поведение зависимого мужа фактически подкрепляют и поддерживают такое поведение. Он обнаружил парадокс, лежащий в основе этих отношений: якобы созависимые подчиняют свои потребности нуждам зависимых и занимают положение жертвы. Фактически созависимые занимают доминирующее положение и, на самом деле, подчиняют себе зависимого человека. В настоящий момент считается, что в созависимых семьях у пьющих мужей самооценка намного ниже, чем у их

супруг [13].

Приходится констатировать, что в конечном итоге между зависимым и созависимым поведением стираются границы [95]. Это проявляется в том, что: а) каждое из этих состояний представляет собой первичное заболевание; б) оба состояния приводит к ухудшению и деградации в соматической, психической, духовной сферах; в) без вмешательства в течение каждого из состояний, оно может привести к преждевременной смерти; г) выздоровление от созависимости требует системного сдвига на характерологическом уровне; д) опохмелению находится соответствующий эквивалент созависимости: повторный брак с больным алкоголизмом; е) росту толерантности к алкоголю соответствует рост выносливости к эмоциональной боли.

Замечено, что наличие созависимости у родственника больного алкоголизмом и наркоманией - это всегда фактор риска нового рецидива болезни [101, 160]. Упрёки и ругань внутри семьи убивают в человеке желание измениться к лучшему, и своим пьянством он пытается «соответствовать» возлагаемой на него негативной роли [36, 172].

Таким образом, затрагиваемый феномен «алкогольной» семьи – явление весьма неоднозначное. Представляется, что многие клиницисты согласятся с мнением, что в ряде ситуаций, затрагивающих данные семейные отношения, законы формальной логики как бы перестают действовать. Безусловно, это на самом деле не так, и то что лежит «на поверхности» и кажется очевидным, - таким не является. А внутренняя, реальная, действующая логика скрыта от глаз обывателя, а иногда и начинающего специалиста.

## **Часть вторая. Аутоагрессивность и зависимо-созависимые отношения**

*Границы и рамки аутоагрессивного поведения.* Длительное время к аутоагрессивному поведению относили лишь такие феномены как суициды, парасуициды, суицидальные мысли [10]. Осознаваемые несуицидальные самоповреждения, открыто виктимные паттерны поведения относили к ситуационно обусловленной или не обусловленной аутодеструкции без «аутоагрессивной подоплёки» [197].

В настоящее время под аутоагрессивным поведением понимают гораздо более широкий спектр явлений, а именно, любые действия, направленные на причинение себе вреда в физической, психосоциальной или духовной области [3, 113, 170]. То есть, отказ от активной жизнедеятельности, своих гражданских обязанностей, долга, нежелание решать личные и социальные вопросы. Существует и еще одно определение

аутоагрессивного поведения: это намеренная активность, направленная на причинение себе вреда в физической, психической, социальной и духовной сферах, проявляющаяся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях [3]. Таким образом, к аутоагрессивному поведению относится собственно суицидальное поведение («классическая» аутоагрессия), а также поведение, связанное с комплексом факторов потенциальной гибели: употребление наркотиков, алкоголя, стремление к опасностям – «неклассические» или «несуицидальные» формы аутоагрессии [75, 114, 170]. По мнению В.Ф. Войцеха (2008) к аутоагрессивному поведению относится весь спектр активности человека, целью которой не является добровольная смерть, но ведущей к социальной, психологической и физической дезадаптации личности. Общеизвестно, что любое поведение, которое тем или иным способом сокращает жизнь человека, определяется как «частичное», «полунамеренное», «полупреднамеренное», «скрытое самоубийство», «бессознательное суицидальное поведение» или «суицидальный эквивалент» [197].

К настоящему времени выделены следующие признаки несуйцидального аутоагрессивного поведения: (1) признак «клишированности»; (2) частично-осознанная личностная вовлеченность в неблагоприятные ситуации с ощущением навязанности, с имеющимся пониманием ненормальности происходящего и насильственной вовлеченности в аутоагрессивные ситуации; (3) оправданность получения неблагоприятия в виде наличия какой-либо внутриличностной выгоды; (4) семейная наследственность в виде получения реципиентом вполне определённой родительской программы неестественной смерти [168]. Следует также отметить, что многие современные исследователи отождествляют суицидальное и аутоагрессивное поведение, фактически ставя между ними знак равенства [32, 52, 168, 197].

Стоит упомянуть основные паттерны поведения, относящиеся в настоящее время к несуйцидальным аутоагрессивным феноменам. Это, прежде всего, чрезмерное увлечение опасными видами спорта, склонность к неоправданному риску, чрезмерное курение, алкоголизация и наркотизация, многие случаи нозофилии, самолечения, аскетизма, неадекватное снижение поисковой активности в неблагоприятных ситуациях [32, 113, 114, 197, 248]. К вариантам реализации личностной аутоагрессивности, по мнению G.V. Poole (1997), относится феномен «травматической» личности. По мнению судебных экспертов причиной большинства так называемых «смертей от несчастного случая» на самом деле являются «скрытыми» суицидами [193]. Любопытно мнение А.Д. McBride (2000), который относит «синдрома Тоада», или зависимость от



«весёлого автовождения», к вариантам несуицидального аутоагрессивного поведения. В.Е. Пелипас (1970) оценил как аутоагрессивное такое криминальное поведение, как совершение преступления с целью получения наказания, в частности, смертной казни («опосредованное» самоубийство). По мнению Е.А. Grollman (1988), все люди имеют тенденцию к саморазрушению, которая различается лишь по степени выраженности у разных людей и в разных обществах (минимум 80% людей, согласно данным автора, признавали, что «играли» идеями о суициде).

Резюмируя все вышесказанное, мы склонны согласиться с мнением Н.В. Агазаде (1989), который считал, что суицидальные феномены целесообразно изучать без отрыва от других форм аутоагрессивности, поскольку между отдельными разновидностями аутоагрессивного поведения существует причинно-обусловленная взаимосвязь и определённые закономерности перехода их друг в друга. Тем не менее, в сознании многих специалистов до сих пор именно классическая суицидальность рассматривается как единственный вариант аутоагрессивного поведения, при этом разнообразные аутодеструктивные эквиваленты относят к другим психическим и поведенческим нарушениям [114], либо рассматривают как неболезненные, социально приемлемые и одобряемые формы поведения.

*Связь алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения.*

Алкогольная болезнь традиционно относится к варианту «хронического» суицидального поведения [75], саморазрушения в самом широком смысле данного понятия [233], заболеванию с отчётливым антивитальным характером [170]. А.Г. Амбрумова (1973), наряду с некоторыми отечественными авторами далеко не психоаналитической ориентации, изучая патокинез алкоголизма в различных этнокультуральных группах российского населения, убедительно подтвердили, что у значительной части больных (до 76%) неосознаваемая суицидальная мотивация принимает существенное участие в становлении патологического влечения к алкоголю. Имеющиеся данные позволяют отнести алкоголизм к одной из основных причин смертности мужчин трудоспособного возраста [144], сокращающей ожидаемую продолжительность жизни мужского населения в среднем на 15-20 лет [135, 227]. Ю.Ю. Бонитенко (2000) отмечают, что особое место в отчётах о причинах летальных исходов занимают причины, так или иначе связанные с приёмом алкоголя (отравления, травмы) - только в период с 1991 по 1993 годы этот прирост составил 3,8 раза.

В мире преждевременная смертность мужчин в пять раз выше, чем женщин, что в основном связано с употреблением алкоголя и иных психоактивных веществ [27, 49, 144, 255]. Любопытным является тот

факт, что в случае смерти от алкогольного поражения печени потери потенциальных лет жизни составляют от 9 до 22 лет, по сравнению с двумя годами в случае смерти от рака и четырьмя годами в случае смерти от болезни сердца [135].

*Алкогольная зависимость и суицидальное поведение.* Четкая связь между суицидальным поведением и употреблением алкоголя подмечена давно. Непосредственную связь между злоупотреблением населением алкоголем и числом самоубийств констатируют большинство исследователей, прямо или косвенно затрагивающих в своих работах эту тематику [30, 32, 49, 69, 127, 170, 197].

Смертность больных алкоголизмом только от суицидов достигает 9,5-21% [170, 251]. Лиц, страдающих алкогольной зависимостью, среди суицидентов, по данным разных авторов, от 15,5 до 62,2% [27, 33, 135, 231, 233]. С другой стороны, от 18% до 76% лиц больных алкоголизмом совершают попытки самоубийств, до 14% повторяют их [69]. Как считают G.E. Murphy, R.D. Wetzel (1990) риск суицидальной смерти у больных алкоголизмом сравним лишь с группой больных депрессиями и составляет от 11 до 15% по специальным исследованиям жизненного риска. Стоит также отметить, что специфика суицидального поведения при алкоголизме состоит ещё и в том, что большое число больных завершает летально первую попытку, не высказывая намерений совершить самоубийство [231].

К суицидальной «группе риска» относят больных II стадией алкогольной зависимости с прогрессивным и умеренно-прогрессивным течением, длительностью заболевания 11-20 лет, эксплозивным опьянением с депрессивными включениями, эксплозивными и дистимическими изменениями личности, обусловленными алкоголизмом [32, 170, 197].

К психологическим особенностям МСАЗ, способствующим реализации суицидального поведения, относят: повышенную чувствительность к психогенным воздействиям [231, 251], высокую представленность антивитальных переживаний [170], их бездуховность, обесценивание смысла жизни, избегание решения межличностных проблем [190], уход от жизненных проблем в состояние безысходности [215], склонность к негативным интерпретациям происходящего с наличием особого «рискованного модуса поведения» [112].

Типичными возрастными пиками алкогольных суицидов называют 21-30 и 50-55 лет [9]. Д.И. Шустов (2005) обнаруживает три типичных пика алкогольного завершённого суицида, соответствующие 25-29 годам, 36-39 (максимальный пик) годам и 45-49 годам. Таким образом,

алкогольное завершённое самоубийство – это, наиболее часто, самоубийство мужчин среднего возраста.

Стоит упомянуть и попытки деления больных алкогольной зависимостью на два наследуемых типа, из которых в суицидологическом ракурсе наиболее интересен второй тип, включающий антисоциальные, импульсивные личности с развитием заболевания до 25 лет, склонных к агрессии и имеющих низкое содержание серотонина и дофамина в спинномозговой жидкости [194].

*Алкогольная зависимость и несуицидальное аутоагрессивное поведение.* Спектр несуицидальных саморазрушающих паттернов поведения при алкогольной зависимости весьма обширен. К настоящему времени имеется значительное количество работ, изучающих несуицидальную алкогольную аутоагрессию [147].

Д.И. Шустов (2005) считает, что несуицидальное аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости может рассматриваться в следующих направлениях: профессиональном, семейном, коморбидном, антисоциальном, соматическом, рискованном поведении, каждое из которых имеет свои характерные клинические, психопатологические и психологические маркёры.

Уже ставшими «классическими» примерами несуицидальной аутодеструкции при алкогольной зависимости являются: «алкогольный» травматизм [145, 201]; серьёзные черепно-мозговые травмы [79, 201]; автомобильные катастрофы, участниками которых были больные алкогольной зависимостью [192]; «травматизм пешеходов», акцепция бытового и производственного травматизма [201]; серьёзная термическая травма; алкогольная виктимность [157]. Кроме того, к аутодеструктивным маркерам алкогольной зависимости относят алкоголь-ассоциированную соматическую патологию [168, 192]; выраженное снижение социального статуса [60]; распад семьи и одиночество [76, 192]; потерю высокого профессионального статуса - «профессиональный суицид» [168]; поведение алкогольных гомосексуалов [190] или гетеросексуалов, активно контактирующих с заражёнными ВИЧ, представляя заражение ВИЧ в виде пассивного суицидального акта.

Необходимо упомянуть ещё один вид «классической» алкогольной аутоагрессии - приём сверхвысоких и смертельных доз алкоголя, в том числе суррогатов с заведомо опасными для жизни свойствами [86, 192].

Таким образом, анализ фактографического материала может свидетельствовать о достаточно широком диапазоне использования больными алкогольной зависимостью поведенческих паттернов, направлен-

ных на саморазрушение [76, 79, 168]. Алкогольная зависимость (а) обеспечивает специфические условия осуществления суицидальной аутоагрессивной активности; (б) приносит специфические формы в аутоагрессивное поведение; (в) сама по себе является потенциально смертельным аутоагрессивным заболеванием; (г) влияет на динамику аутоагрессивного акта; (д) способствует актуализации в сознании большого негативных моментов их прошлой жизни, патогенных детских убеждений; (е) способствует девальвации антимортальных образований в соматической, психической, социальной и духовных сферах.

*Аутоагрессивное поведение жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.* Сразу оговоримся, что данный аспект проблемы аутоагрессивного поведения в семьях МСАЗ раскрыт в наименьшей степени. Прежде всего, это связано с преобладающим рассмотрением «проблем созависимых» с позиции пассивной модели происходящего. То есть, большинство проявлений, которые бы при прочих обстоятельствах большинством исследователей рассматривались однозначно как проявление личностной аутоагрессивности, трактуются через призму неудачного замужества и пассивной акцепции гетероагрессии супруга [177]. Тем не менее, за последние двадцать лет взгляд на «добровольные страдания» созависимых претерпел существенную эволюцию. Последнее время все активнее используется так называемая активная модель созависимости, где многие изучаемые нами феномены рассматриваются как результат собственной аутоагрессивной активности, часто существовавшей еще до алкогольного замужества [114]. Стоит отметить, что работ подобного плана не так уж и много. Основные их положения будут разобраны в основной части повествования при анализе наших собственных результатов исследования. Здесь же мы лишь коснемся фактов, которые до последних исследований безоговорочно относились к аутоагрессивным. Безусловно, в первую очередь это касается количества суицидальных мыслей, попыток и завершённых суицидов, которые значительно чаще встречаются именно у женщин из этой группы [10, 114, 141, 244].

По мнению В.К. Weinhold и J.B. Weinhold (2008) супруги МСАЗ ретрофлексируют свой гнев, в связи с чем могут много длительно болеть соматоформными расстройствами, бессознательно наносить себе самоповреждения или «изливать» свой гнев на более слабых членов семьи – детей и животных. М. Shafer (2000) считает, что проблема контроля семейной ситуации для созависимых женщин является основой появления у них симптомов депрессии с суицидальными мыслями и поступками.

Также заслуживает внимания механизм актуализации суицидальных и иных аутоагрессивных тенденций у жён МСАЗ, когда в роли основного опосредующего редуктора выступает семейное насилие. Среди респонденток, подвергающихся домашнему насилию со стороны мужа, достоверно чаще отмечались попытки самоубийств и суицидальные идеи [129, 251].

### **Часть третья. Роль семейных отношений в суицидологической практике**

Семейный фактор, как и в случае с его значением в генезисе алкогольной зависимости, может играть диаметрально противоположные роли [9, 84, 251]. С одной стороны, семья относится к так называемым антисуицидальным образованиям, создающим наиболее значимые препятствия на пути реализации антивитаальных влечений. Именно здоровые семейные отношения дают необходимый уровень качественной социализации, выступают «буфером» внешних и внутренних конфликтных ситуаций, позволяя находить разрешения запредельных обстоятельств вне суицидального модуля реагирования [15, 217].

Это означает, что просто наличие семьи (или пребывание в ней) не означает автоматической защищённости, так как прежде всего важна полноценная функциональность семейной системы, а не сам факт ее наличия [138, 251].

С другой стороны, именно семейным нездоровым отношениям принадлежит выраженная суицидогенная роль [114, 138, 217]. По мнению Б.А. Войцеховича и А.И. Редько (1994), семейный дисбаланс является главным фактором суицидального риска.

К вариантам семейной нестабильности, приводящей к аутоагрессивному поведению, наиболее часто относят: атмосферу внутрисемейной конфликтности, неудовлетворённость положением в семье, нарушение уровня внутрисемейной социализации, варианты «вынужденного» супружества [54, 114, 138, 217, 253]. В работе А.Г. Амбрумовой и Л.И. Постоваловой (1983) выделены типы семей, способствующих актуализации суицидальных тенденций, к ним относят корпоративную, дисгармоничную и дезинтегрированную семейную систему. Е.А. Grollman (1988) в своей работе использует термин «суицидогенная» семья, характеристики которой сходны с описанными выше.

Действительно, такие мотивы суицидального поведения, как семейные конфликты, ссоры, изолированность, одиночество, находят в 28,8-71,8% случаев завершённых самоубийств [37, 217, 251]. Стоит отметить бихевиорально-наследственное влияние семейной истории на

потенциальный риск суицида членом семьи. Известно, что самоубийства чаще отмечаются у лиц, в семьях которых родственниками ранее уже совершались суицидальные попытки или завершённые суициды [168, 252].

Нельзя не коснуться влияния развода и постразводного состояния на риск возникновения суицидального поведения. Развод и предразводная ситуация традиционно относятся к общепризнанным факторам, повышающим риск совершения самоубийства [54, 217, 251]. Количество разведённых лиц среди суицидентов достигает 15-20% [54, 217]. При этом особо подчёркивается высокий коэффициент летальности суицидов у разведённых [10, 197]. От 40 до 57% людей, повторивших суицидальную попытку, не имели постоянного партнёра [216, 251]. Стоит отметить, что некоторые исследователи считают роль развода в суицидологической практике сильно преувеличенной. Существуют работы, подчёркивающие положительную роль разводов, позволяющую предотвратить перманентный конфликт [57, 151]. Авторы отмечают «однобокость» подхода к распаду семьи, тенденцию видеть в нем лишь плохие стороны, ориентацию на лиц, имеющих после этого психическую патологию и другие заболевания.

#### ***Часть четвертая. Клинико-психологические особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью***

Около 50 лет назад внимание исследователей стал привлекать проблемный контингент детей, выросших в семьях людей, страдающих алкогольной зависимостью. Выяснилось, что актуальность этой проблемы обусловлена не только грубой социальной дезадаптацией и виктимностью данной когорты, но и значительной распространённостью этого явления [208]. Так в США около 40% взрослых людей (около 76 млн. человек) имеют в роду больных алкоголизмом [198]. Доля детей, у которых хотя бы один из родителей страдает алкоголизмом (в дальнейшем мы будем использовать устоявшуюся формулировку «взрослые дети алкоголиков» (ВДА)), в США по данным последних исследований составляет от 1:8 до 1:5 (Jordan S., 2010). Следует отметить, что по мере увеличения среднего возраста популяционного среза доля ВДА в нем уменьшается, что отражает их меньшую продолжительность жизни [176]. Экстраполируя приведённые общемировые пропорции на Россию, с учётом текущего тренда уровня алкоголизации населения можно говорить о том, что число ВДА составляет от 25 до 50% [94].

Наибольший интерес к этому малоизученному явлению отмечал-

ся в 60-80-х годах прошлого столетия, когда были выявлены основные клинико-психопатологические паттерны синдрома «взрослого ребёнка алкоголика», а также статистически определён наиболее вероятный спектр коморбидной патологии [182, 191]. В конце XX - начале XXI века интерес исследователей переключился на анализ психодинамических [229] и нейрофункциональных аспектов этого многогранного явления [250]. В последнее десятилетие наблюдается сдвиг интереса учёных с проблем индивида к его взаимоотношениям с ближайшим окружением [214].

*Клинико-психопатологические аспекты.* Наиболее частой «фасадной», но, к сожалению, далеко не единственной проблемой ВДА являются химические зависимости. В различных исследованиях многократно доказано, что риск заболеть алкоголизмом у ВДА значительно выше [191]. Причём при наличии отца, зависимого от алкоголя, риск иметь алкогольную зависимость у детей выше в четыре раза, при наличии аддикции у матери - в три раза.

Частота алкоголизма по данным различных источников у взрослых сыновей составляет от 17 до 70%, у взрослых дочерей больных алкоголизмом - от 5 до 25%, наркомании – около 6% и 3%, токсикомании – приблизительно 17% и 5% соответственно. Только у 19,9% взрослых детей, чьи родители больны алкоголизмом, не обнаруживается каких-либо психопатологических нарушений на момент исследования семьи [42]. Также в ряде исследований доказано, что у ВДА выше встречаемость болевого синдрома, тика, насморка, энуреза, бессонницы, мигрени и насморка, аллергии, анемии, простуды, проблем с весом [182], эти люди имеют на 60% больше повреждений и травм, во время обучения в школе они склонны к агрессивному и рискованному поведению. В то время как у мужчин из группы ВДА в спектре психопатологических проявлений преобладают наркологические заболевания, для женщин наиболее типичными являются нозологии невротического и пограничного регистра. Сюда относят посттравматическое и другие связанные со стрессом расстройства [198], а также расстройства тревожного и депрессивного спектров [239].

Вопрос о специфичности ассоциированных с воспитанием в семье МСАЗ клинико-психопатологических паттернов является дискуссионным и, скорее всего, открытым. Так, в ряде исследований показано, что схожий спектр проявлений имеется и у людей, выросших во всех дисфункциональных семьях, особенно в условиях внутрисемейного физического насилия. S.L. Harter (2000) на основании мета-анализа пришёл к выводу, что проявление «синдрома ВДА» неспецифичны, а K.J. Sher

(1997) предположил, что сопутствующая патология зависит от наличия коморбидного зависимости заболевания у родителей: так, если у родителей помимо алкоголизма были черты антисоциального личностного расстройства, то с большой вероятностью оно будет наблюдаться и у их детей, и т.п. Несмотря на спорность некоторых положений и неполную ясность структуры взаимоотношений различных клинико-психопатологических проявлений у ВДА, большинство исследователей сходятся в одном: ВДА являются группой риска по формированию большого спектра наркологических и психиатрических заболеваний, а также имеют сниженный уровень социального функционирования [178, 200].

*Психодинамические и личностно-психологические аспекты феномена ВДА.* Детям из алкогольных семей уже в первые шесть месяцев жизни свойственны негативные паттерны привязанности: низкий эмоциональный ответ, высокий уровень негативного реагирования, редкие позитивные послылы родителям, а в возрасте 18-36 месяцев у них выявляются явные нарушения поведения с интернализацией конфликта [187]. При этом алкогольная зависимость у матери, в целом, является более деструктивной, потому что нарушает симбиотические отношения в первые годы жизни, когда закладываются основы личностной адаптации ребёнка [229]. В то же время, крепкая привязанность к здоровой матери значительно снижает негативное влияние алкоголизма отца [239]. Семья МСАЗ - это семья с контрастными правилами: они либо слишком свободны, либо слишком строги [139]. В такой семье ребёнок очень рано начинает понимать, что алкоголизм - это большой секрет семьи, и все плохое, что с ним связано, необходимо скрывать. Поэтому дети стремятся всеми силами скрыть «позор» семьи, они не могут откровенно говорить о семье ни с друзьями, ни с учителями; секретность, увёртки, обман становятся обычными компонентами их жизни [90]. Перечислим основные характеристики семей с алкогольной зависимостью у родителя, наиболее значимые для формирования специфических нарушений у ВДА [133, 139, 177]: размытость, нечёткость границ различных сфер жизни, личностей - дети часто не знают, какие из их чувств нормальны, а какие - нет; теряют «твёрдость психологической почвы под ногами» [20]. Полученные ВДА отрицательные воспитательные конструкты по мере взросления будут мешать устанавливать доверительные отношения [90]. В первую очередь, это будет проявляться в трудностях создания брака. Доказано, что ВДА реже выходят замуж/женятся, а если выходят, то отмечают меньшую удовлетворённость браком и более частые разводы [186, 214, 254]. Н.К. Радина (2003) приводит данные, согласно которым у ВДА менее дифференцированный образ «Я-реальное» по сравнению с



юношами и девушками из обычных семей и специфика представлений о себе у ВДА состоит в биполярности ролевого набора: быть агрессором или жертвой.

Общеизвестно, что девушки, выросшие в семьях МСАЗ, намного чаще выбирают своим мужем также зависимого от алкоголя мужчину [232], при этом число подобных выборов оценивается в 60-70% [25, 257], что в среднем встречается в два раза чаще, чем у девушек без истории семейного алкоголизма [241]. Есть мнение, что из-за взросления в семьях, где игнорирование признаков алкогольной зависимости (отрицание) было привычным, девушки, выросшие в семьях МСАЗ, не могут распознать соответствующих признаков этой болезни у своих женихов [257], с другой стороны, их привлекают мужчины, напоминающие отцов [18]. В браке у этих девушек выше риск иметь химическую зависимость [241] либо стать созависимыми, крепко вплетаясь в патологическую семейную динамику аддиктивного симбиоза [177].

В заключении отметим, что вклад ВДА в суицидологические показатели изучен недостаточно. Большинство исследований носят сугубо констатирующий характер, где отмечается частота выявления родителей, страдающих алкогольной зависимостью, у юношей и девушек, покончивших жизнь самоубийством [118]. До сих пор не существовало фокусных и детальных исследований, касающихся антивитальности живых ВДА, которые позволили бы создать эффективные превентивные модели, как суицидологической, так и наркологической направленности.

Таким образом, роль, место и значение аутоагрессии в семьях МСАЗ к настоящему времени остаются не до конца выясненными. Это диктует, учитывая распространенность и взаимосвязанность рассматриваемых явлений, проведение дальнейших научных исследований, частью которых являются представленные в данной работе собственные данные автора.

## ГЛАВА 2

# РАЗВЕРНУТАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

### *Часть первая. Методология и дизайн и исследования*

Хорошо известно, что суицидальные попытки и, соответственно, самоубийства является «визитными карточками» алкогольной зависимости [32, 49, 69, 127, 144, 170, 255]. Тем не менее, до настоящего времени они многими клиницистами рассматриваются как атрибут дополняющий заболевание – «что с каждым может случиться». Суицидологическая настороженность в наркологии еще не стала совершенно необходимым моментом работы врача, несмотря на многочисленные публикации эту связь подчёркивающие [27, 32, 135, 147, 231, 233].

С целью получения целостного представления о распространённости и спектре аутоагрессивных паттернов и их предикторов в семьях МСАЗ, а также изучения личностно-психологических характеристик, дающих комплексное понимание роли и места аутоагрессивного феномена в изучаемых семьях, мы произвели следующие серии сравнений:

1) Профили суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, их предикторов, а также личностные и экспериментально-психологические характеристики МСАЗ, и мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (МНАЗ), с целью оценки влияния наличия алкогольной зависимости на вышеперечисленные спецификации групп;

2) Профили суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, их предикторов, а также личностные и экспериментально-психологические характеристики жён МСАЗ и жён МНАЗ с целью оценки влияния проживания в семье с МСАЗ на вышеперечисленные спецификации групп.

Для ответа на поставленные вопросы были изучены 125 семей МСАЗ. Возраст обоих супругов находился в пределах 37-45 лет. Средний возраст МСАЗ составил  $41,8 \pm 3,3$  года. Длительность семейной жизни в последнем браке составила  $15,3 \pm 6,3$  года. Возраст вступления в первый брак  $23,4 \pm 4,3$  года. Средний возраст жён МСАЗ составил  $40,3 \pm 4,7$  года. Длительность семейной жизни в последнем браке составила  $16,5 \pm 5,3$  года. Возраст вступления в первый брак  $22,3 \pm 3,9$  года. Развод в прошлом встретился у 20,8% МСАЗ и 15,2% их жен.

Диагностика синдрома алкогольной зависимости производилась по МКБ-10. Все обследованные лица с алкогольной зависимостью кли-

тически находились во II стадии заболевания, с псевдозапойным типом употребления алкоголя. Возраст формирования алкогольной зависимости составил  $24,64 \pm 2,7$  года. Средняя продолжительность псевдозапойного периода составила  $7,0 \pm 3,99$  дней, средний нетерапевтический «светлый промежуток» -  $53,1 \pm 15,42$  дня. Толерантность на момент исследования составляла  $1,1 \pm 0,5$  литра спиртных напитков в сутки в пересчёте на водку. Употребление суррогатов алкоголя обнаружено у 52% пациентов. 16,8% обследованных ранее перенесли алкогольные психозы, 37,6% ранее лечились от алкогольной зависимости.

В качестве контрольной группы были использованы 62 семьи, в которых муж и жена не имели признаков алкогольной зависимости. Средний возраст женатых МНАЗ составил  $40,9 \pm 3,6$  года. Длительность семейной жизни в последнем браке составила  $20,2 \pm 5,1$  года. Возраст вступления в первый брак -  $23,3 \pm 3,1$  года. Средний возраст жён МНАЗ -  $41,3 \pm 3,2$  года. Длительность семейной жизни в последнем браке составила  $20,2 \pm 5,1$  года. Возраст вступления в первый брак  $21,6 \pm 3,0$  года.

В качестве стимульного материала каждому респонденту, принявшему участие в исследовании, предлагался для совместного заполнения с врачом опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем. Большинство вопросов было направлено на выявление саморазрушающих паттернов и анамнестических предикторов аутоагрессивного поведения в анамнезе вообще (глобальное присутствие признака), так и в изолированный временной промежуток - последние два года (служащий, как для оценки суицидологических показателей в ограниченный по времени период жизни, так и для отражения динамических характеристик саморазрушающего поведения при катанестическом исследовании). Опросник для жён МСАЗ включал в себя также вторую часть - ряд вопросов для конкретизации созависимого состояния супруг.

При составлении текста опросника мы исходили из двух принципов. Во-первых, в текстовую часть были включены вопросы, касающиеся известных нам по данным литературы проявлений аутоагрессивной направленности в чувствах, мыслях и поведении, а также вопросы, отражающие риск возможного аутоагрессивного поведения. Условно, для удобства восприятия, аутоагрессивные паттерны делились на суицидальные (суицидальные попытки в анамнезе; суицидальные мысли, не реализовавшиеся в суицид в самый последний момент) и несуйцидальные варианты. Во-вторых, опросник

имел выраженную психотерапевтическую направленность уже на этапе сбора анамнеза или первого диагностического интервью.

Наличие или отсутствие какого-либо признака оценивалось у респондентов в следующих временных отрезках: последние два года и наличие признака в анамнезе вообще (для девушек и юношей, не состоящих в браке); в последние два года, до брака, за период брака и наличие в анамнезе вообще - для респондентов из супружеских пар; для разведённых респондентов к перечисленным четырём добавлялся ещё один - присутствие признака после развода. Примеры опросников для МСАЗ и его супруги приведены в приложении 1.

Экспериментально-психологический блок исследования включал в себя следующие методики: тест Mini-Mult; тест диагностики психологических защитных механизмов Плутчика-Келлермана-Конте; опросник State-Trait Anger Inventory – STAXI.

Поскольку исследование подразумевало многочисленные внутри- и межгрупповые сравнения аутоагрессивных показателей групп различного пола, возраста, имеющих и не имеющих алкогольную зависимость, возникла необходимость создания наглядного и универсального параметрического показателя, отражающего напряжённость аутоагрессивной (просуицидальной) сферы. Для решения этой задачи был разработан коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН).

Коэффициент представляет собой интегральный показатель антивитальной характеристики группы. В его основу положен композитный параметр, полученный в результате суммирования произведений аргументов наиболее сильно коррелирующих признаков и предикатов аутоагрессивного поведения на весовые коэффициенты, равные коэффициенту соответствующей линейной корреляции. Для получения весовых коэффициентов и определения наиболее значимых критериев в клинко-феноменологическом опроснике для выявления аутоагрессивных проявлений в прошлом и настоящем, проведено исследование линейной корреляции присутствия классических форм саморазрушающего поведения (суицидальная попытка и/или суицидальные мысли в анамнезе) со всеми пунктами опросника.

Для этой цели были использованы сплошные гендерные выборки, где количество мужчин составило 252 человека, женщин - 468 человек (все они были обследованы с помощью опросника в период с 2005 по 2009 годы, и впоследствии составили экспериментальные и контрольные группы исследования). В итоге выделены признаки, статистически значимо и максимально линейно связанные с фактором присутствия клас-

сических суицидальных форм аутоагрессивного поведения, которые, в основном, совпали с наиболее важными предикторами суицидального поведения, описанными в суицидологии [114, 168].

Перечислим вопросы опросника, отвечающие за выявление данных факторов: 1) Наблюдались ли Вы у психиатра? (F1); 2) Пытались ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F2); 3) Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F3); 4) Вы имели тесный опыт общения с будущим самоубийцей? (F4); 5) Вам характерно долго переживать вину? (F5); 6) Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда? (F6); 7) Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? (F7); 8) Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии? (F8); 9) Бывают ли у Вас эпизоды безысходности? (F9); 10) Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказы от пищи? (F10); 11) Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию? (F11); 12) Наносили ли Вы когда-нибудь себе серьёзные повреждения? (F12); 13) У Вас бывают эпизоды, когда вы не видите в жизни никакого смысла? (F13); 14) Вас часто мучают угрызения совести? (F14).

Поскольку опросник предполагал бинаминальный вариант ответа на вопросы «Да» (1) или «Нет» (0), то при положительном ответе весовая значимость фактора равнялась  $1 \times n$  (где  $n$  – коэффициент корреляции данного фактора с признаком наличия классических форм аутоагрессивного поведения), при отрицательном ответе соответствующее произведение равнялось нулю. Сумма всех соответствующих произведений давала нам значение КПСН. Для удобства пользования была произведена нормализация коэффициента, в результате чего создана формула для его расчёта:

КПСН =  $(F1 \cdot k_1 + F2 \cdot k_2 + \dots + F_N \cdot k_N) \cdot M / (k_1 + k_2 + \dots + k_N)$ , где  $M$  – верхняя граница разброса коэффициента  $[0, M]$ . В окончательном варианте имеем следующие формулы:

$$\text{КПСН (для мужчин)} = (F1 \cdot 0,24 + F2 \cdot 0,77 + F3 \cdot 0,85 + F4 \cdot 0,27 + F5 \cdot 0,22 + F6 \cdot 0,15 + F7 \cdot 0,34 + F8 \cdot 0,31 + F9 \cdot 0,36 + F10 \cdot 0,2 + F11 \cdot 0,41 + F12 \cdot 0,22 + F13 \cdot 0,21 + F14 \cdot 0,2) \cdot 10 / 4,75$$

$$\text{КПСН (для женщин)} = (F1 \cdot 0,19 + F2 \cdot 0,6 + F3 \cdot 0,94 + F4 \cdot 0,1 + F5 \cdot 0,16 + F6 \cdot 0,2 + F7 \cdot 0,28 + F8 \cdot 0,21 + F9 \cdot 0,22 + F10 \cdot 0,11 + F11 \cdot 0,35 + F12 \cdot 0,19 + F13 \cdot 0,25 + F14 \cdot 0,13) \cdot 10 / 3,93$$

Эта формула - инвариативная комбинация непараметрических опросных данных, основанная на масштабных коэффициентах, полученных при корреляционном анализе, и нормализованная в диапазон 0-10. С позиций закона больших чисел можно сделать вывод о том, что высокий композитный признак говорит о риске суицидального или иного аутоагрессивного поведения, даже если нет непосредственных поведенческих паттернов или они скрываются.

Аналогичным образом, были получены формулы для расчёта КПСН изолировано за последние два года, который способен характеризовать динамику суицидального риска в отдельные отрезки жизни респондента (для этого были использованы те же вопросы из опросника, но отвечающие за выявление признака, встретившегося в последние два года).

Перечислим указанные вопросы опросника: 1) Наблюдались ли Вы у психиатра в последние два года? (F'1); 2) Пытались ли Вы в последние два года покончить жизнь самоубийством? (F'2); 3) Думали ли Вы в последние два года покончить жизнь самоубийством? (F'3); 4) Вы имели в последние два года тесный опыт общения с будущим самоубийцей? (F'4); 5) Вам характерно последние два года долго переживать вину? (F'5); 6) Свойственно ли Вам последние два года навязчивое чувство стыда? (F'6); 7) Испытывали ли Вы в последние два года острое чувство одиночества? (F'7); 8) Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные эпизоды депрессии? (F'8); 9) Бывают ли у Вас в последние два года эпизоды безысходности? (F'9); 10) Склонны ли Вы в последние два года к периодическим моментам переедания или отказы от пищи? (F'10); 11) Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? (F'11); 12) Наносили ли Вы в последние два года себе серьёзные повреждения? (F'12); 13) У Вас бывают в последние два года эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла? (F'13); 14) В последние два года Вас часто мучают угрызения совести? (F'14).

В окончательном варианте имеем следующие формулы:

$$\text{КПСН за последние два года (мужчины)} = (F'1*0,17+F'2*0,42+F'3*0,52+F'4*0,22+F'5*0,13+F'6*0,11+F'7*0,23+F'8*0,37+F'9*0,34+F'10*0,17+F'11*0,34 +F'12*0,15+F'13*0,22+F'14*0,15)/10*3,54$$

$$\text{КПСН за последние два года (женщины)} = (F'1*0,17+F'2*0,4+F'3*0,7+F'4*0,09+F'5*0,1+F'6*0,15+F'7*0,25+F'8*0,22+F'9*0,21+F'10*0,11+F'11*0,23 + F'12*0,11+F'13*0,25+F'14*0,1)/10*3,0$$

Значения коэффициентов значимо отличали группу МСАЗ от МНАЗ, а также, соответственно, их супруг, что отражено в таблице 2.1.

**Таблица 2.1**

**Сравнение показателей КПСН мужчин, страдающих и не страдающих алкогольной зависимостью, и их супруг (p<0,05)**

Группы	КПСН	КПСН за два последних года
МСАЗ	3,4±2,1	2,5±1,8
МНАЗ	0,9±0,6	0,7±0,5
Жены МСАЗ	3,1±2,4	2,5±2,2
Жены МНАЗ	1,0±0,9	0,7±0,5

Таким образом, нам представилась возможность получения параметрической характеристики как для каждого респондента в отдельности, так и для исследуемых групп, дающая представление о напряжённости просуицидальной сферы, потенциальном риске аутоагрессивного поведения.

Кроме того, КПСН за последние два года дал нам редкую возможность параметрической оценки динамики показателя просуицидальной напряжённости, что позволяет мониторировать этот параметр во времени, например для оценки результатов антисуицидальных интервенций и любых разновидностей провитальной терапии вообще.

Для наглядности приведем значение КПСН в группах, которых мы так или иначе коснемся в своем повествовании (см. рисунок 2.1).

## Значение коэффициента в исследуемых группах

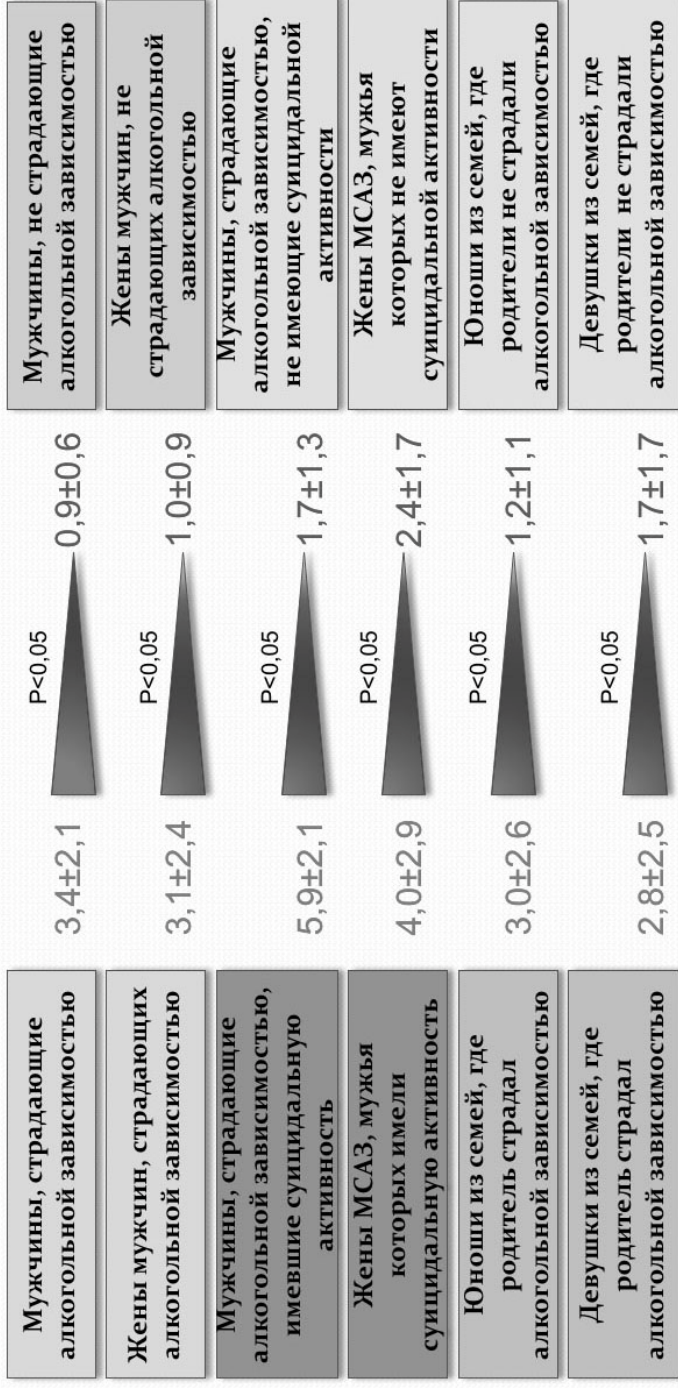


Рис. 2.1. Значения КПСН в изучаемых группах.



Для оценки сходства или различия между исследуемыми группами мы использовали «процент статистически достоверных отличий» (ПСДО). Он определялся по количеству сходных положительных ответов на вопросы опросника для выявления аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов (количество вопросов 138). В результате мы имели некое процентное выражение в отношении количества достоверных отличий между группами, которое находилось в рамках от 0% (отсутствие достоверных отличий по всем 138 парам признаков) до 100% соответственно (достоверные отличия по всем параметрам), Безусловно, данный коэффициент носит лишь «пилотный» характер и не может быть использован для дальнейшей статистической обработки, однако крайне наглядно отражает степень идентичности групп.

### ***Часть вторая. Суицидологическая характеристика обследованной группы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и их жен***

Оценим основные суицидологически значимые отличия МСАЗ от интактной в отношении алкоголя группы сравнения. Безусловно, различия в аутоагрессивном спектре между МСАЗ и МНАЗ, ожидаемы и закономерны, там не менее кратко рассмотрим обнаруженные отличия с целью дальнейшего, уже «семейного», системного анализа значения аутоагрессивных феноменов.

Наиболее заметные и значимые отличия между сравниваемыми группами представлены в таблице 2.2.

Как видно из представленной таблицы, отличия между группами имеются в большинстве направлений реализации аутоагрессивной активности, ранее описанных у больных алкогольной зависимостью [168]. У МСАЗ достоверно выше значения классических суицидальных типов реагирования, что является характерным для заболевания и обнаруживается в других исследованиях [127, 168, 246]. Также широко представлены несуицидальные аутоагрессивные паттерны поведения (виктимность, травматическая патология, приём психоактивных веществ, анти-социальное поведение).

Обращает на себя внимание достоверное преобладание у МСАЗ важнейших в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения, таких как безысходность, отсутствие смысла жизни, одиночество и депрессивные переживания [251].

Таблица 2.2

**Сравнение суицидологических характеристик мужчин, страдающих и не страдающих алкогольной зависимостью (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ</b>	<b>МНАЗ</b>
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	32,0%	1,6%
Суицидальная попытка в последние два года	12,0%	0%
Суицидальная попытка в период брака	24,0%	0%
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	31,2%	6,5%
Суицидальные мысли в последние два года	16,0%	0%
<hr/>		
Несчастные случаи в анамнезе	35,2%	14,5%
Наличие травматической патологии	60,8%	17,7%
ЧМТ в анамнезе	38,4%	4,8%
Наличие опасных для жизни хобби	32,0%	6,5%
Подверженность насилию	28,8%	1,6%
Употребление наркотических веществ	24,0%	0%
Склонность к неоправданному риску	46,4%	9,7%
<hr/>		
Опыт общения с будущим суицидентом	29,6%	6,5%
Суицид близкого родственника	20,0%	0%
Моменты острого одиночества	43,2%	9,7%
Склонность к депрессивным реакциям	47,58%	9,7%
Склонность к долгопереживаемой вине	39,2%	19,3%
Моменты безысходности	43,2%	11,3%
Отсутствие смысла жизни	32,8%	9,7%
Ощущение собственной неполноценности	18,4%	6,5%

Подробнее остановимся на описании представленности классической суицидальной аутоагрессивности, встретившейся у МСАЗ. Добрая суицидальная активность МСАЗ распределилась следующим образом: из одиннадцати случаев суицидальных попыток шесть были спровоцированы реактивными причинами (ссора, обида, неразделённая любовь и пр.) - 54,4%; двум предшествовала затяжная депрессия с эндогенным оттенком - 18,2%; две попытки самоубийства были осуществлены на фоне алкогольного абстинентного синдрома (18,2%) и одна - в результате героиновой абстиненции (9,1%). Отметим, что из шести «реак-

тивных» суицидальных попыток в четырёх (66,7%) присутствовало алкогольное опьянение.

Суицидальная активность МСАЗ в браке имеет иную специфичность. Большинство попыток самоубийств возникали на фоне алкогольного абстинентного синдрома 73,3% (22 человека); четыре (13,3%) носили психотический характер в результате алкогольного делирия; три (10%) - импульсивный характер на фоне алкогольного опьянения (причём, возникновению попытки самоубийства в двух случаях не предшествовали суицидальные мысли, которые впрочем, у них не отмечались и ранее). В одном случае (3,3%), попытка суицида возникла как реакция на психотравмирующую ситуацию на работе (увольнение) и не сопровождалась алкогольным опьянением. Четыре МСАЗ имели повторные попытки самоубийства (10,0%). Предсмертную записку перед суицидом оставили пять человек (16,7%).

В заключении отметим один любопытный факт, который имеет непосредственное отношение к суицидальным реакциям в группе МСАЗ. «Наследственная» отягощённость завершённым суицидом близкого родственника в группе в целом составила 20,0% (двадцать пять суицидов). Однако, в изолированную выборку МСАЗ, с наличием у них суицидальной активности (52 человека), вошли 20 вышеуказанных родственников, совершивших самоубийство, то есть 80% от общего числа, что указывает на важность данного фактора для формирования суицидальной карьеры у МСАЗ, что ранее уже предполагалось рядом учёных [132]. С другой стороны, в выборке МСАЗ без признаков суицидальной активности (73 человека), суициды у родственников встретились только у пяти человек.

Перейдем к суицидологической оценке обследованной группы жен МСАЗ. В настоящее время всё большее внимание уделяется аутоагрессивным особенностям женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью [114, 244]. Этот интерес объясняется, с одной стороны, многочисленными и обширными медико-социальными проблемами, возникающими у женщин в подобных браках.

С другой стороны, значительной распространенностью подобной модели семейных отношений в нашей стране, формирующей обширнейшую группу женщин относящихся к «женам алкоголиков». Считается, что наличие семейных отношений с МСАЗ подразумевает у супруги определённые клинико-психологические особенности, имеющиеся либо до вступления в брачные отношения, либо приобретаемые уже в период брака [36, 65, 66, 68, 101, 204].

Существуют мнения, что суть данного феномена заключается не только в «патогенном» влиянии супруга, но и в определённой степени детерминируются внутренней психологической организацией женщин из этой группы. Как бы то ни было, рассматривая данную многочисленную группу женщин через призму суицидологии, мы можем говорить о существующей серьёзной социальной проблеме, требующей детального изучения и решения.

При сравнении жён МСАЗ с представительницами контрольной группы, обнаружено большое количество значимых отличий, которые представлены в таблице 2.3.

Жёны МСАЗ, также как и их мужья, имеют значительное количество отличий от женщин из контрольной группы. Это, в первую очередь, относится к суицидальным типам реакций, а также большому количеству несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, касающихся подавляющего большинства описанных направлений реализации антивитаальных импульсов. Такие предикторы суицидального поведения, как одиночество, безысходность, депрессивные реакции, навязчивое переживание вины и стыда, отсутствие смысла в жизни также остаются устойчивыми маркерами изучаемой группы женщин.

Подробнее остановимся на описании суицидальных реакций. Добрачная суицидальная активность жён МСАЗ, встретившаяся у 4,0% респонденток, во всех случаях носила реактивный характер, вызванный значимыми внешними причинами (три случая - из-за личных отношений, один - из-за проблем с учёбой). «Внутрибрачная» суицидальность жён МСАЗ в основном была связана с «семейными проблемами», неспособностью контролировать алкогольную зависимость мужа - 83,33%. В 16,67% случаев были указаны иные причины (проблемы на работе, тяжёлое заболевание, невозможность уйти к другому человеку). То есть, основная причина суицидальных попыток жён МСАЗ может быть обозначена как созависимая. Отдельно стоит отметить, что в женской группе не встретилось, описанного у МСАЗ, «распределения» родственников, покончивших с собой.

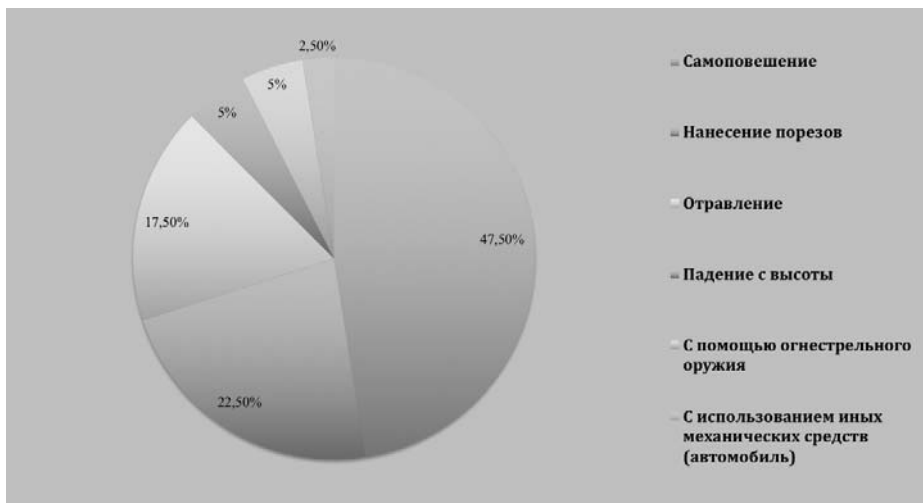
Таким образом, в изучаемой группе широко представлены суицидальные паттерны, как в когнитивной, так и поведенческой сферах. Это должно формировать специфическое в суицидологическом плане отношение к данной группе женщин, что принципиально шире суицидологической парадигмы предлагаемой в отечественной наркологии [168], где акцент в основном делается на самих наркологических пациентах. В заключении оценим предпочитаемые способы реализации суицидальных попыток в группе МСАЗ и их супруг (рисунки 2.2 и 2.3).

**Таблица 2.3**

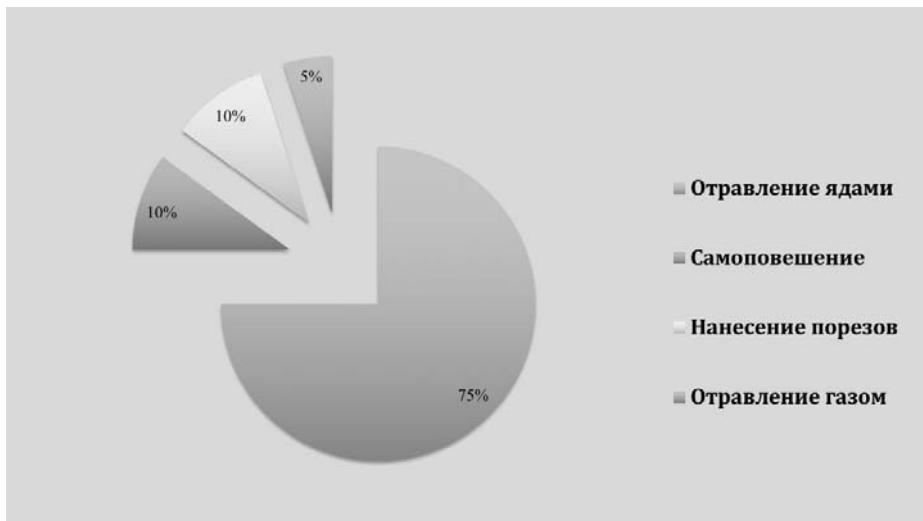
**Сравнение суицидологических характеристик жён МСАЗ и жён мужчин, не имеющих алкогольной зависимости (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

Признак	Жены МСАЗ	Жены МНАЗ
<b>Аутоагрессивные паттерны и их предикторы</b>		
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	16,0%	1,6%
Суицидальная попытка в последние два года	7,2%	0%
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	26,4%	4,8%
Суицидальные мысли в последние два года	19,2%	0%
Серьёзные оперативные вмешательства	22,4%	9,7%
Подверженность насилию	17,6%	1,6%
Наличие ЧМТ в анамнезе	16,0%	3,2%
Наличие опасных для жизни хобби	14,4%	3,2%
Склонность к неоправданному риску	24,8%	4,8%
Курение	32,0%	11,3%
Употребление наркотических веществ	10,4%	1,6%
Опыт общения с будущим суицидентом	9,6%	1,6%
Склонность долго переживать вину	47,2%	27,4%
Моменты острого одиночества	45,6%	9,7
Склонность к депрессивным реакциям	57,6%	38,7%
Моменты безысходности	60,8%	17,7%
Наличие навязчивых угрызений совести	40,8%	24,2%
Склонность к периодическому спонтанному отказу от пищи или перееданию	61,6%	37,1%
Ощущение собственной неполноценности	34,4%	16,1%
Отсутствие смысла жизни	28,8%	3,2%

Из приведенных диаграмм хорошо заметно, что суицидальная активность у МСАЗ и их жен сохраняет известную «гендерную» специфику в отношении используемых способов ухода из жизни [197]. Самоотравление остаётся предпочитаемым женским способом суицида, как, впрочем, самоповешение – типичным параалкогольным мужским.



**Рис. 2.2.** Способы осуществления попытки самоубийства в группе МСАЗ.



**Рис 2.3.** Способы осуществления попытки самоубийства в группе жен МСАЗ.

Отдельно стоит отметить, что в 66,7% случаев при обнаружении суицидальных паттернов у супруги МСАЗ суицидальная активность также обнаруживалась и у мужа (феномен, обозначенный нами как пара-

суицидальный супружеский параллелизм). В оставшихся наблюдениях суицидальная активность отмечалась только у самой супруги (33,3%).

### ***Особенности диагностики суицидальных феноменов у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью***

В клинической работе врача-нарколога информация о парасуициде в анамнезе наиболее часто получается путём целенаправленного расспроса пациента, когда ему прямо задаются вопросы, касающиеся наличия у него суицидальных феноменов (субъективный анамнез) [8, 168], либо в результате факта пребывания пациента в кризисном стационаре после попытки самоубийства [114]. К сожалению, мнестическая сфера МСАЗ имеет свои особенности, в частности, сокрытие ряда фактов из своего прошлого, например, суицидальных попыток, имевших место в анамнезе.

В своей работе мы периодически сталкивались с феноменом «сокрытия» суицидальных попыток и нас заинтересовал приблизительный размах данного феномена в алкогольной популяции. Во время проведения исследования зависимого и созависимого поведения при алкогольной зависимости, у нас появилась возможность получение данной информации от ближайших родственников больного, а именно его супруги (с его согласия), и мы получили доступ к объективной части анамнестических сведений, касающихся аутоагрессивных паттернов.

Полученные данные имеют на наш взгляд важное значение для наркологической практики и должны учитываться при построении работы с МСАЗ. Во время работы с пациентами у нас имелась возможность получения данной информации от ближайших родственников больного, а именно его супруги, поскольку в дальнейшем подразумевалась семейная терапия носителя алкогольной зависимости. Одним из вопросов в интервью с МСАЗ и его супругой был следующий: «Имел ли Ваш супруг в прошлом суицидальную попытку, высказывал открыто мысли покончить с собой?». Вопрос был включён в опросник по причине встретившихся спорадических случаев амнезии суицидальных попыток в связи с гипоксией (после самоповешения), когда родственники по каким-либо причинам сохраняли от больного этот факт в тайне. При пилотной обработке данных, полученных объективным путем, выяснилось, что эта информация вносит существенную поправку в наше представление о распространенности классических аутоагрессивных феноменов у зависимых от алкоголя мужчин.

У десяти (8%) МСАЗ из 125 парасуициды в анамнезе были обнаружены только со слов супруги, сами больные на вопрос о наличии у

них подобных феноменов ответили отрицательно. Эта цифра приобретает иное значение, если учесть тот факт, что вообще попытка суицида в анамнезе со слов самих респондентов была выявлена у 30 МСАЗ (24% от общего количества обследованных), а с учетом МСАЗ, скрывших попытку самоубийства – у 40 (32%), что проиллюстрировано на рисунке 2.4.

Иными словами, 25% суицидальных попыток в анамнезе у зависимых от алкоголя мужчин обнаружили только с использованием, информации полученной от ближайших родственников (в нашем случае, супруг). Или, говоря иначе, с использованием «объективных» сведений о пациенте в традициях и рамках классической психиатрии.

Отметим так же и тот факт, что подобной закономерности в отношении жен МСАЗ обнаружено не было (при значительном количестве суицидальных попыток в группе - 16%). То есть, обо всех них информация была получена непосредственно от респондентов.

Факт наличия суицидальной попытки в анамнезе у жены смогли подтвердить лишь восемь из 20 МСАЗ (40%), проживающих в браке с супругой, имевшей ранее попытку самоубийства. Это вероятно, связано с большей «скрытностью» суицидального поведения у женщин.

При этом лишь одна супруга МСАЗ (3,3%) из всех жен «парасуицидальной» подгруппы МСАЗ не имела информации о попытке самоубийства у мужа в прошлом.

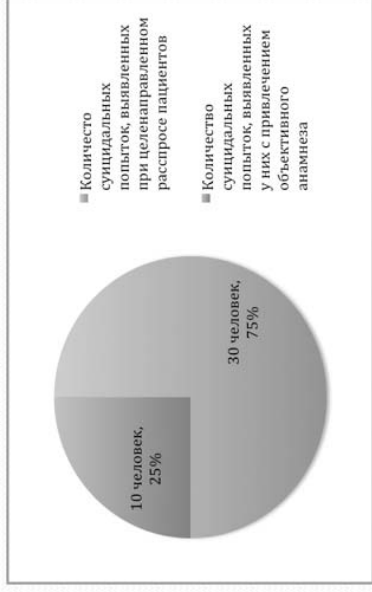
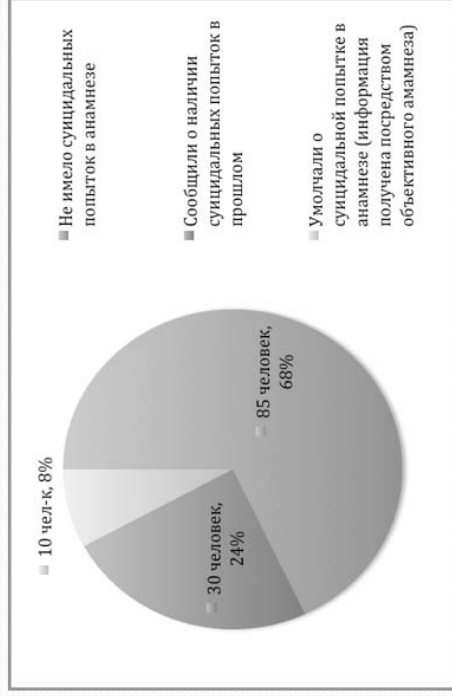
Любопытным оказался факт, что только трое (7,5%) МСАЗ из 40, имевших парасуицид в анамнезе, были помещены в «кризисный» стационар (БСМП) и попали в поле зрения соответствующего специалиста (в нашем случае, приходящего психиатра), пополнив, таким образом, объективную официальную статистику параалкогольного суицидального поведения.

Отметим так же, что из всех обследованных МСАЗ только 14 (11,2%) формально находились на учете у участкового нарколога (все по причине перенесенного алкогольного психоза). У семи из них (50%) нами при целенаправленном расспросе были выявлены суицидальные попытки в прошлом (у двух (14,3%) со слов супруги). Однако из пяти пациентов, лично предоставивших данные сведения, четверо скрыли их при предыдущих беседах с наркологом стационара или участковым наркологом.



**- общее количество обследованных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью – 125**

**Соотношения субъективно и объективно выявленных суицидальных попыток у мужчин, страдающих алкогольной**



**То есть, до  $\frac{1}{4}$  от фактического количества суицидальных попыток у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, сознательно, либо неосознанно скрываются пациентами и могут быть верифицированы только посредством сбора объективного анамнеза**

**характерно, что информацией о суицидальной попытке супруги располагали порядка 40% мужей, страдающих алкогольной зависимостью; тогда как, информацией о суицидальной попытке супруга, страдающего алкогольной зависимостью, располагали 96,77% их жён**

**Рис. № 2.4.** Соотношение объективно и субъективно выявленных парасуицидов в группе МСАЗ.

Причиной называлось: отсутствие прямого вопроса или возможная расплывчатая формулировка (три наблюдения), то есть вопрос возможно не задавался; страх каких-либо дополнительных медицинских мероприятий (одно наблюдение), то есть вопрос формально задан был. Беседа с супругами, затрагивающая эту тему, в условиях стационара не проводилась.

Таким образом, поскольку получение достоверной информации о предшествующих суицидальных попытках пациентов имеет принципиальный характер и диктуется правилом «суицидальной» настороженности в наркологической практике, в ряде случаев показано использование анамнестических данных со слов родственников для объективизации информации.

Безусловно, данные полученные от супруги (даже с добровольного согласия мужа), по ряду причин (этических и терапевтических) не должна использоваться для прямой конфронтации пациента («А вот ваша супруга сказала»), но уже просто располагая такой информацией, врач будет иметь возможность при необходимости варьировать терапевтический процесс и более селективно использовать те или иные психотерапевтические интервенции.

Более того, в арсенале психотерапевта всегда имеются самые разнообразные методы «мягких» вариантов работы с процессами вытеснения и отрицания. В большинстве случаев оправдано использование терапии, применяемой к МСАЗ с нескрываемыми аутоагрессивными паттернами поведения, просто расценивая антивитальные типы реакций пациента как весьма вероятные (вариант контролируемой терапевтической ятрогении).

В ряде случаев возможно использование «парного» сбора анамнестических сведений, касающихся аутоагрессивных форм поведения, поскольку конфронтационные реакции второго супруга позволяют исключить обесценивающее поведение носителя суицидальных типов реакции.

### ***Часть третья. Влияние суицидальной активности у МСАЗ на прочий аутоагрессивный спектр, наркологические, экспериментально-психологические характеристики респондента и его супруги***

Теперь ответим на вопрос: является ли парасуицидальное поведение МСАЗ и их жён единственным отличием между подгруппами парасуицидальных и непарасуицидальных респондентов, либо отнесение к

парасуицидальному кластеру подразумевает наличие и иных значимых для суицидологии и наркологии особенностей.

Аутоагрессивная и наркологическая характеристика МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе. Напомним, что ранее рядом авторов уже предпринимались попытки выделения особого суицидогенного типа алкоголизма, например, с ранним началом, базальным серотониновым дефицитом и антисоциальным поведением [194], подразумевающие специфические условия их наблюдения и диспансеризации, которые, несомненно, оправданы, если учесть повышенный риск повторного, фатального суицида. Однако специфика суицидального поведения при алкоголизме состоит ещё и в том, что большое число больных завершает первую попытку летально, не высказывая антивитальных намерений. Поэтому обособление в сознании нарколога одной лишь суицидоопасной группы может приводить к недооценке других больших групп пациентов, у которых аутоагрессивность представлена пока одним лишь фактом алкоголизации [168].

Для ответа на вопрос, что еще кроме самого факта суицидальной попытки отличает рассматриваемые группы, произведено фронтальное сравнение всех изучаемых признаков.

Значимые отличия в спектре несуйцидальных аутоагрессивных поведенческих паттернов между МСАЗ, имеющими и не имеющими в прошлом суицидальную активность, представлены в таблице 2.4.

**Таблица 2.4**

**Характеристика несуйцидальной аутоагрессивной сферы МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе</b>	<b>МСАЗ без суицидальной активности в анамнезе</b>
Черепно-мозговая травма в добрачный период	36,5%	17,8%
Черепно-мозговая травма в анамнезе вообще	53,9%	27,4%
Опасные для жизни хобби в добрачный период	34,6%	11,0%
Опасные для жизни хобби в анамнезе вообще	55,8%	15,1%

Подверженность насилию в добрачный период	25,5%	9,6%
Подверженность насилию в период брака	36,5%	11,1%
Подверженность насилию в анамнезе вообще	50,0%	13,7%
Употребление наркотических веществ до брака	36,5%	6,9%
Склонность к неоправданному риску до брака	50,0%	21,9%
Склонность к неоправданному риску в браке	38,5%	17,8%
Потеря работы за последние пять лет	40,4%	17,8%
<hr/>		
Суицид у ближайшего родственника	38,5%	6,9%
Близкое общение с будущим суицидентом	30,8%	9,6%
Острое одиночество в добрачный период	28,9%	6,9%
Депрессивные реакции в анамнезе вообще	59,6%	31,5%
Депрессивные реакции в добрачный период	36,5%	13,7%
Депрессивные реакции в период брака	63,5%	28,8%
Депрессивные реакции в анамнезе вообще	65,4%	34,7%
Моменты безысходности в последние два года	57,7%	23,3%
Моменты безысходности в добрачный период	26,9%	6,9%
Моменты безысходности в период брака	48,1%	24,7%
Навязчивые угрызения совести в до брака	25,0%	9,6%
Навязчивые угрызения совести в период брака	48,1%	23,3%
Повышенная агрессивность в последние два года	67,3%	24,7%
КПСН за два года	4,0±2,1	1,5±1,3
КПСН	5,9±2,1	1,7±1,3

Из предложенной таблицы видно, что изучаемые группы имеют значительные отличия по представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов, а также предикторов саморазрушающего поведения. МСАЗ, имеющие суицидальную активность, по многим параметрам, характеризующим рискованно-виктимную сферу, достоверно более неблагоприятны.

гоприятны, нежели МСАЗ без суицидальных паттернов в прошлом. Это касается таких феноменов, как склонность к неоправданному риску, подверженность насилию, наличие потенциально опасного для жизни хобби, травматической патологии (черепно-мозговые травмы).

Также у МСАЗ с суицидальными паттернами в анамнезе статистически значимо чаще встречается термическая травма в виде обморожений (более половины из которых получены в состоянии алкогольного опьянения) и чаще страдает профессиональная сфера, что является мощным просуицидальным фактором.

Рассматривая представленность предикторов аутоагрессивного поведения, можно с уверенностью констатировать, что по большинству из них группа МСАЗ с суицидальными паттернами значительно отличается от МСАЗ без таковых. Стоит отметить, что их спектр охватывает большинство наиболее изученных и активно используемых в суицидологической практике. Представлен как бихевиоральный блок предикторов (наличие суицидентов среди близких родственников и друзей), так и блок суицидогенных эмоциональных состояний (одиночество, безысходность, склонность к депрессиям, длительному переживанию вины, мучительным угрызениям совести).

Таким образом, из представленных данных отчётливо видно, что в общей массе обследованных МСАЗ основной объем выявляемых предикторов аутоагрессивного поведения в значительной части формируется за счёт показателей группы МСАЗ с суицидальными феноменами в анамнезе (эта же закономерность касается и несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, что было показано выше).

Необходимо отметить большое количество несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутодеструктивного поведения в группе МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную активность, которое достоверно характеризует группу в период жизни до вступления в брачные отношения. То есть, многие пациенты этой группы и до вступления в брак, а главное, ещё до развития у большинства из них алкогольной зависимости, имели выраженные антивитальные паттерны в поведении, мыслях и чувствах, что разительно их отличает от пациентов несуйцидальной группы МСАЗ (в таблице строки выделены цветом).

Характерно, что отличия затрагивают важнейшие суицидологические предикторы, такие как склонность к депрессивным реакциям, периоды одиночества, при формально присутствующих социальных контактах, моменты безысходности, навязчивые угрызения совести.

Отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных феноменов касаются рискованно-виктимных модусов поведения: травматиче-

ской патологии (черепно-мозговые травмы, в том числе, неоднократные), подверженности насилию, склонности к риску, наличия потенциально опасных для жизни увлечений, субъективно расцениваемых как таковые, употребления наркотических средств – аутоагрессия, опосредованная через приём психоактивных веществ.

Остановимся на анализе данных коэффициентов просуицидальной напряжённости (КПСН и КПСН за два года), дающих интегральное параметрическое представление о потенциальной аутоагрессивности групп. Из представленных выше данных хорошо видно, что суммарный аутоагрессивный потенциал группы МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе значительно превышает таковой во второй группе как в статике (за весь период жизни), так и при оценке динамических показателей - за последние два года. Это говорит в пользу не спорадического накопления значимых для суицидологии феноменов и прогностических признаков «за всю жизнь», а существования перманентного состояния высокой суицидальной готовности МСАЗ, даже при отсутствии прямых указаний на суицидальные мысли или попытки в последние два года.

Повторное исследование значения КПСН за два года, после нескольких лет ремиссии (соответственно брался период более двух лет), на фоне проведённой морально-ориентированной супружеской терапии состояний зависимости и созависимости, в группе МСАЗ, имеющих суицидальную активность, достигло статистически значимого снижения (26 наблюдений) и составило  $2,7 \pm 1,8$  ( $p < 0,05$ ). В группе МСАЗ, без признаков суицидального поведения в прошлом (37 наблюдений), показатель за этот же период времени имел тенденцию к снижению (использовались те же методы психотерапевтической работы) и составил  $1,4 \pm 1,0$ , однако разница не достигла показателей контрольной группы МСАЗ ( $0,7 \pm 0,5$ ).

Отмеченная динамика указывает на то, что даже во время ремиссии, несмотря на значимое снижение показателя в первой группе, у МСАЗ имеется некий, пусть меньший, чем до лечения, аутоагрессивный потенциал. Максимальное снижение уровня КПСН за два года, безусловно, является значимым для становления ремиссии, так как данные отечественных исследователей далеко не психоаналитической ориентации, изучавших в разные годы динамику алкоголизма в различных этнокультуральных группах российского населения, убедительно подтвердили, что у значительной части МСАЗ (до 76%) неосознаваемая суицидальная мотивация принимает существенное участие в становлении патологического влечения к алкоголю [11].

У ряда пациентов с длительной ремиссией (более трёх лет), как с суицидальной активностью в анамнезе, так и без, снижение значения коэффициента за два последних года происходило практически до границ возрастной неалкогольной нормы, что, вероятно, может служить одним из прогностических критериев успешности антиалкогольного лечения.

Отметим также, что высокое значение КПСН в группе МСАЗ имело устойчивую корреляцию с короткой длительностью терапевтической ремиссии ( $r=-0,3$ ).

Таким образом, из представленных данных отчётливо видно, что в общей массе обследованных МСАЗ основной объём выявляемых предикторов аутоагрессивного поведения в значительной части формируется за счёт показателей группы МСАЗ с суицидальными феноменами в анамнезе.

Перейдём к характеристике личностных и экспериментально-психологических особенностей изучаемой группы. Достоверные отличия между группами МСАЗ с суицидальной активностью и без таковой в отношении личностно-психологических показателей приведены в таблице 2.5.

Из представленной таблицы видно, что МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, в большей степени характеризует тенденция во всех собственных неприятностях и неудачах видеть чужую вину, что сочетается с собственной пассивной позицией в отношении возможности влиять на ситуацию («что я могу сделать, если все против меня»). С этим хорошо сочетается использование регрессии и замещения как ведущих механизмов психологической защиты, когда субъект заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, зачастую не устраняющие проблемной или конфликтной ситуации, и для разрядки подавленных эмоций свою активность направляет на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

Данные теста STAXI также весьма показательны. МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе обнаруживают высокие показатели по шкалам, отражающим оба направления выражения гнева и агрессии, как вовне (на других – гетерокомпонент), так и на себя (аутокомпонент), при значительно более низких показателях субъективной способности

контролировать процесс немедленного выражения агрессивных импульсов.

**Таблице 2.5**

**Характеристика личностных и экспериментально-психологических показателей МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ с суицидальной активностью</b>	<b>МСАЗ без суицидальной активности</b>
Склонность к внешнеобвиняющим реакциям	57,7%	39,7%
Защитный психологический механизм «Регрессия»	7,4±3,0	5,0±2,6
Защитный психологический механизм Замещение	6,8±2,9	4,2±2,7
АХ/IN (направленность гнева на себя)	16,0±4,7	13,5±4,0
АХ/OUT (направленность гнева вне)	17,0±4,6	12,9±3,8
АХ/CON (контроль агрессии)	16,6±4,9	19,9±5,4
Шкала Mini-Mult Hs (1)	10,1±2,9	8,2±2,7
Шкала Mini-Mult D (2)	9,8±3,6	7,2±3,0
Шкала Mini-Mult Pd (4)	12,7±2,8	10,0±3,0
Шкала Mini-Mult Sch (8)	17,3±4,2	13,1±3,6

Сочетание шкал теста Mini-Mult Hs (1), D (2), Pd (4), Sch (8), показатели которых достоверно выше у МСАЗ с суицидальной активностью, характеризует испытуемых как людей пассивных, неуверенных в себе, медленно приспосабливающихся, легко теряющих равновесие в социальных конфликтах, что приводит к социальной дезадаптации, сопровождающейся агрессией и склонностью к конфликтному поведению, пренебрежению социальными нормами и ценностями. Настроение часто неустойчивое, при малейших неудачах впадают в отчаяние. Характерной чертой является сложность в принятии самостоятельных решений, эмоциональная холодность и отчуждённость в межличностных отношениях, что хорошо сочетается с профилем психологических защитных механизмов и данными теста STAXI.

При анализе наркологических показателей в группах МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность, обнаружено, что имеется целый ряд отличий по клиническим характеристикам заболева-



ния, особенностям формирования алкогольной зависимости и результатам терапии, что отражено в таблице 2.6.

**Таблице 2.6**

**Наркологические и терапевтические показатели МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность (пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ с суицидальной активностью</b>	<b>МСАЗ без суицидальной активности</b>
<b>Наркологические характеристики</b>		
Высокопрогредиентное течение заболевания	55,8%	6,9%
Среднепрогредиентное течение заболевания	34,6%	65,8%
Низкопрогредиентное течение заболевания	9,6%	27,4%
Формирования абстинентного синдрома (лет)	28,3±5,2	33,9±3,8
Употребление «лёгких» суррогатов алкоголя	73,1%	37,0%
Употребление «тяжёлых» суррогатов алкоголя	38,5%	5,5%
Псевдозапойный период (в днях)	9,2±6,9	5,4±4,9
Толерантность к алкоголю (в л./водки)	1,3±0,5	1,0±0,4
Потеря массы тела за время псевдозапой	67,3%	27,4%
<b>Терапевтические характеристики</b>		
Срок терапевтической ремиссии (в месяцах)	19,1±15,6	27,0±19,6
Ранее неоднократно лечился	55,8%	24,7%

Как следует из таблицы, группы МСАЗ, имеющие и не имеющие суицидальную активность в анамнезе, обладают существенными отличиями в клинике и динамике алкогольной зависимости. Тип течения алкогольной зависимости в случае наличия у пациента суицидальных паттернов в поведении и/или мышлении можно описать как гораздо более неблагоприятный (агрессивный), нежели у остальных МСАЗ. Прежде всего это касается частоты высокопрогредиентного типа формирования алкогольной зависимости и относительной редкости низкопрогредиентного развития. Формирование абстинентного синдрома в группе возникает в более раннем возрасте. Пациенты, имеющие суицидальную активность более склонны к употреблению различных суррогатов алкоголя с нередкими отравлениями. Продолжительность псевдозапойного периода, толерантность к алкоголю в группе МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе значительно выше, чем у остальных МСАЗ. Обраща-

ет на себя внимание существенная разница в отношении результатов лечения: продолжительность ремиссий в группе МСАЗ с суицидальной активностью значительно меньше, большинство из пациентов этой группы неоднократно unsuccessfully лечились в прошлом. Таким образом, несмотря на общую нозологическую сущность, наличие суицидальной активности вносит существенные коррективы в глобальный аутоагрессивный профиль группы, нозоморфоз и клиническое своеобразие алкогольной зависимости. Выделение парасуицидальной группы из общей массы МСАЗ оправдано с позиций суицидологической и наркологической специфичности и возможности использовать дифференцированные специфические схемы лечения.

Аутоагрессивная характеристика жен МСАЗ, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе. Отличия в спектре суицидологически значимых паттернов приведены в таблице 2.7.

Обращает на себя внимание высокая частота суицидальных паттернов поведения у жен МСАЗ, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе – феномен суицидальной супружеской коморбидности или суицидального супружеского параллелизма (верхняя выделенная часть таблицы). Возник вопрос, какова вероятность присутствия суицидальной активности у обоих супругов и каков риск обнаружения суицидальности у супруги при нахождении суицидальных паттернов у ее супруга - МСАЗ? Нам представилась возможность оценить такую вероятность. Суицидальная активность (попытки и мысли) обнаружена у 52 МСАЗ, из них в 24 наблюдениях у супруги также имелись классические аутоагрессивные проявления (то есть, в 24 обследованных семьях суицидальная активность была у обоих супругов, при этом в 14 браках (58,3%) из них у супругов диагностировались именно суицидальные попытки). Иначе говоря, в случае наличия у МСАЗ в анамнезе суицидальных проявлений вероятность обнаружения сходных феноменов у его супруги составляет 46,2%, причем представленность этих феноменов у жён МСАЗ вообще составляет 28,9%. Таким образом, если у МСАЗ диагностируются суицидальные паттерны в прошлом или настоящем, вероятность обнаружения их у его супруги возрастает в 1,78 раза (до 46,2%). Из этого следует, что обнаружение суицидальной активности у женатого МСАЗ является важным фактором для пристального изучения аутоагрессивной карьеры супруги. И если ранее считалось, что сам факт проживания в браке с МСАЗ повышает риск суицидальных реакций у супруги [114], то теперь можно с полным правом утверждать, что именно проживание в браке с МСАЗ, имеющим суицидальные феномены, является наиболее прогностически неблагоприятным в плане актуализации и формирования у супруги собственной суицидальной активности.

Таблице 2.7

Аутоагрессивность жен МСАЗ, чьи мужья имеют или не имеют суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )

Признак	Жены МСАЗ, имеющих суицидальную активность	Жены МСАЗ, не имеющих суицидальной активности
Суицидальная попытка в последние два года	15,4%	1,4%
Суицидальная попытка в период брака	28,9%	4,1%
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	30,8%	5,5%
Суицидальные мысли в последние два года	30,8%	11,0%
Суицидальные мысли в добрачный период	21,2%	4,1%
Суицидальные мысли в период брака	42,3%	8,2%
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	46,2%	12,3%
Соматические болезни в последние два года	36,5%	54,8%
Оперативные вмешательства в анамнезе	30,8%	49,3%
Злоупотребление алкоголем в период брака	19,2%	5,5%
Подверженность насилию в добрачные периоды	17,3%	1,4%
Подверженность насилию в период брака	28,9%	9,6%
Суицид близкого родственника	21,2%	5,5%
Трагическая смерть родственника	40,4%	20,6%
Склонность долго переживать стыд	46,2%	27,4%
Неоправданный риск в последние два года	32,7%	5,5%
Неоправданный риск в добрачный период	17,3%	5,5%
Склонность к неоправданному риску в период брака	32,7%	6,9%
Уверенность в долгой последующей жизни	34,6%	53,4%
КПСН	4,0±2,9	2,4±1,7
КПСН за последние два года	3,1±2,7	2,0±1,6

Акцент в спектре несуицидальных аутоагрессивных поведенческих паттернов у женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют суицидальную активность в анамнезе, приходится на подверженность насилию, как в период брака, так и до него. В 69,23% имело место семейное насилие (преимущественно, физическое), в остальных – вне семьи (физическое и сексуальное). Напомним, что при наличии семейного насилия в семьях МСАЗ достоверно чаще встречаются попытки самоубийств, зависимость от алкоголя и наркотиков [55, 251]. Обращает на себя внимание высокая частота злоупотребления алкоголем женщинами, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе – (20% респонденток в группе). Только трое из этих женщин (5,8%) употребляло алкоголь преимущественно с мужем, то есть, имел место классический супружеский тип алкогольной зависимости [155, 179], остальные предпочитали употребление алкоголя «на стороне». У четверых (7,7%) диагностирована алкогольная зависимость I-II стадии. Соматическая сфера женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют суицидальную активность в анамнезе, страдает в меньшей степени, чем в остальной группе жён МСАЗ, что возможно связано с присутствием прямых (суицидальных) типов реализации антивитальных импульсов. Предикторы аутоагрессивного поведения представлены рискованными моделями поведения и наличием трагических смертей и суицидов близких родственников. Отметим также низкую уверенность в продолжительной последующей жизни, что отражает существование некоего негативного психологического фона в группе.

Остановимся на анализе данных коэффициентов просуицидальной напряжённости (КПСН и КПСН за два года). Из представленных данных видно, что суммарный аутоагрессивный потенциал группы женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют суицидальную активность в анамнезе, значительно превышает таковой во второй группе как в статике (за весь период жизни), так и динамике (за фиксированный период времени - последние два года). Отметим, что показатели КПСН и КПСН за два года в группе жён МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, в целом ниже, чем у их мужей, а по значению КПСН достигают статистически достоверной разницы, что подтверждает больший аутоагрессивный потенциал МСАЗ, что проиллюстрировано выше. Любопытно, что в группе женщин, чьи мужья, страдают алкогольной зависимостью и не имеют суицидальную активность в анамнезе, указанные коэффициенты выше соответствующих показателей супруга (достоверные отличия получены по обоим коэффициентам), что отражает гендерную специфичность аутоагрессивного пове-

дения вообще либо говорит о высоком аутоагрессивном потенциале женщин, вступающих в любые «алкогольные» браки (где само проживание в условиях брака с МСАЗ может расцениваться как аутоагрессивный акт). Значения КПСН за два года в группе жён МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, на фоне более чем двухлетней длительности ремиссии у мужа, достигает статистически значимого снижения -  $2,2 \pm 1,1$  (25 наблюдений). В группе женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, не имели суицидальной активности в анамнезе (37 наблюдений), показатель также достоверно снизился (в отличии от серии сравнения в группах МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальной активности) до  $(1,2 \pm 0,9)$ , но также не достиг показателей контрольной группы жён мужчин, не имеющих алкогольной зависимости ( $0,7 \pm 0,5$ ).

Перейдём к характеристике экспериментально-психологических спецификаций рассматриваемых групп. Основные отличия между группами по личностно-психологическим показателям приведены в таблице 2.8.

**Таблица 2.8**

**Характеристика личностно-психологических показателей жен МСАЗ, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Жены МСАЗ, имеющих суицидальную активность</b>	<b>Жены МСАЗ, не имеющих суицидальной активности</b>
Алкогольная зависимость у отца	72,1%	39,7%
Удовлетворённость браком	$21,8 \pm 9,1$	$25,5 \pm 9,8$
Неоднократные попытки развестись	44,2%	17,8%

Прежде всего обращает на себя внимание частота выявления алкогольной зависимости у отца жен МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе. Многие исследователи сообщают об отягощённости анамнеза супруг МСАЗ родительским алкоголизмом, о высокой вероятности у дочерей МСАЗ вступить в брак с зависимым от алкоголя мужчиной [241, 243]. Согласно полученным данным, наличие алкогольной зависимости у отца скорее не столько способствует выбору дочерью мужа, зависимого от алкоголя, сколько служит фактором вероятного

вступления в брачные отношения с МСАЗ, имеющим суицидальную активность. Этим женщинам достоверно характеризует меньшая удовлетворённость брачными отношениями с неоднократными «подачами» заявления на развод, которые не завершились фактическим распадом брака.

Стоит указать, что удовлетворённость браком МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, статистически значимо выше, чем их жён, и составляет по тесту Столина  $26,0 \pm 9,9$  ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, проживание в браке с МСАЗ, имеющим суицидальную активность, предполагает присутствие определённых суицидологических и психологических особенностей у их жён, которые достоверно реже встречаются у жён из браков, где у мужа не отмечалось в анамнезе суицидальных паттернов. У жён из семей парасуицидальных МСАЗ достоверно чаще обнаруживаются собственная суицидальная активность в мыслях и поведении (феномен суицидальной супружеской коморбидности), отмечается высокий уровень представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения.

В заключение данной части главы коснемся еще раз сути феномена созависимости с позиции изложенного материала. Традиционно созависимое состояние рассматривается как пассивная реакция членов семьи на возникшую и развивающуюся аддикцию (алкогольную зависимость). В своей работе мы часто наблюдали явно активную роль созависимой супруги в генерации аддикт-созависимых отношений. Это поведение зачастую сводилось к реализации собственных аутоагрессивных тенденций в социально приемлемых и понятных со стороны окружающих условиях, ответственность за которые всегда с легкостью делегировались пьющему супругу: «если бы не он, то этого никогда бы не было». Устранение объекта, вызывающего созависимую реакцию (мужа), не избавляет наших пациенток от большинства нарушений, включая аутоагрессивный компонент созависимости. Мы предлагаем в ряде случаев (в очень значительном) иметь ввиду предлагаемую нами **активную** модель созависимого поведения, подразумевающую предварительный бессознательный поиск брачных отношений, в которых будет иметься возможность завуалированно реализовывать свои собственные аутоагрессивные тенденции и желание скрытого доминирования. Это, в свою очередь, поможет иначе взглянуть на имеющиеся семейно-наркологические «переплетения» и выбрать правильную терапевтическую парадигму.

#### ***Часть четвертая. Влияние развода на суицидологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и их бывших супругов***

В Российской Федерации за последние годы отмечается стабильно высокий уровень распада брачных пар. Алкогольной зависимости, как причине развода, по-прежнему принадлежит одна из основных ролей [2, 6].

Традиционно в сплошных выборках больных алкогольной зависимостью находят большее количество разведённых, чем в общей популяции. Одним из парадоксов, связанных с алкогольной зависимостью, является вера в то, что как только зависимый от алкоголя прекратит употребление спиртных напитков, все семейные проблемы разрешатся сами собой. Однако реальность заключается в том, что процент разводов в семьях МСАЗ, прекративших употреблять алкогольные напитки, заметно выше, чем у тех, кто продолжает употреблять алкоголь в прежнем ритме [20].

Считается, что развод негативно сказывается на дальнейшей судьбе зависимого от алкоголя человека [172]. В первую очередь, это касается озлокачествления наркологических характеристик, снижения продолжительности жизни, роста суицидальности группы [172, 197]. Отметим, что ряд авторов утверждает, что роль развода в суицидологической практике сильно преувеличивается, в том числе, у наркологических больных.

С другой стороны, имеются данные, говорящие в пользу того, что для бывшей жены зависимого от алкоголя мужчины развод является фактором, приводящим к улучшению ее общего соматического состояния, стабилизации психологических нарушений, сформированных в результате созависимой реакции [50, 172]. Следует отметить, что имеющиеся работы, посвящённые изучению суицидологических показателей после развода у МСАЗ, ограничены исследованием классического суицидального поведения [11, 197] и в основном носят констатирующий характер (по данным кризисных стационаров и документации по поводу завершённых суицидов). Это искажает представление о распространённости аутоагрессивных паттернов поведения у разведённых МСАЗ, поскольку речь в большинстве исследований идёт о фатальных саморазрушающих актах.

В связи с этим, первая часть данной главы посвящена сравнительному анализу профилей суицидальной и несуйцидальной аутоагрес-

сий, экспериментально-психологических характеристик у МСАЗ, состоящих и не состоящих в браке (по причине развода).

В отношении бывших жён МСАЗ ситуация также не столь однозначна, особенно в отношении динамики саморазрушающих форм поведения. Безусловно, имеются данные о повышенной «внутрибрачной» суицидальности жён МСАЗ [77], а также свидетельствующие и о некотором «общем» улучшении состояния жён после развода [50, 177]. Однако не найдено работ, прямо затрагивающих послеразводные суицидологические и иные аутоагрессивные характеристики в этой женской группе (которые априори, должны бы соответствовать формуле послеразводного «общего улучшения»). Так ли это на самом деле, на этот вопрос призвана ответить вторая часть данной главы.

Для ответа на поставленные вопросы нами изучены 32 разведённых МСАЗ и 32 женщины, ранее состоявшие в браке с МСАЗ.

Средний возраст разведённых МСАЗ, составил -  $41,9 \pm 4,9$  года, длительность семейной жизни равнялась  $14,0 \pm 5,3$  года, период после распада брака -  $5,8 \pm 3,4$  года. Возраст бывших жён МСАЗ, составил -  $40,2 \pm 5,4$  года, длительность семейной жизни до развода -  $12,1 \pm 5,6$  года, период после распада брака -  $8,8 \pm 4,6$  года. Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания, тип употребления алкоголя – псевдозапойный.

Влияние развода на суицидологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Проанализируем классические аутоагрессивные показатели в группах, представленные в таблице 2.9.

Сразу оговоримся, что поскольку у МСАЗ, проживающих в браке, формально отсутствовал такой период как «послеразводный» (присутствующий только у разведённых МСАЗ), то сравнения между группами проводилось с использованием следующих временных отрезков: представленность признака в анамнезе вообще (глобальное присутствие признака) и наличие признака в последние два года (оценка ограниченного периода жизни). Для разведённых МСАЗ во всех имеющихся наблюдениях период последних двух лет приходился на послеразводное состояние, что технически позволяло нам проводить оценку наличия/отсутствия и динамику интересующих факторов в послеразводный период.

В целом, можно констатировать, что суицидальная активность разведённых МСАЗ за весь период анамнеза и период брачной жизни укладывается в средние показатели в группе женатых МСАЗ, то есть,



отражает общий тренд алкогольной субпопуляции в отношении суицидальных типов реагирования. Отметим, что в период брака у разведённых впоследствии МСАЗ, отмечалось меньшее количество суицидальных попыток.

**Таблица 2.9**

**Показатели суицидальной активности разведённых МСАЗ и МСАЗ, состоящих в браке (статистически значимые отличия между рассматриваемыми признаками отсутствуют)**

Признак	Разведённые МСАЗ	МСАЗ, состоящие в браке
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	28,1%	32,0%
Суицидальная попытка в период брака	18,8%	24,0%
Суицидальная попытка в последние два года	6,3%	12,0%
Суицидальная попытка в после развода	6,3%	-
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	31,3%	31,2%
Суицидальные мысли в период брака	25,0%	26,4%
Суицидальные мысли в последние два года	6,3%	16,0%
Суицидальные мысли в после развода вообще	9,4%	-
КПСН	3,4±2,0	3,4±2,1
КПСН за последних два года	2,3±1,32	2,5±1,8

Хорошо видно, что количество классических суицидальных феноменов у МСАЗ после развода становится меньше, чем в период брака (на что, безусловно, может влиять разница в длительности периода брачной жизни -  $14,6 \pm 5,3$  года и послеразводного периода -  $5,8 \pm 3,4$  года). Однако, также заметно и снижение рассматриваемых показателей в группе за очерченный временной промежуток - последние два года (который, напомним, в группе разведённых МСАЗ пришёлся уже на период после развода), что подразумевает определённое снижение суицидальной активности в группе разведённых МСАЗ. Это весьма неожиданно с позиций взглядов на «фатальность» влияния развода на судьбу МСАЗ [9, 172, 235].

Ещё раз подчеркнём, что в исследовании речь идёт о нефатальных суицидальных попытках. Количество же разведённых суицидентов, страдающих алкогольной зависимостью, среди всех МСАЗ, покончив-

ших с собой находится в пределах 13% [168]. С другой стороны, в исследованиях, касающихся суицидального феномена вообще, приводятся похожие показатели: количество разведённых суицидентов составляет от 9,3% (по данным кризисного стационара [32]), до 17,8% (по ретроспективной оценке лиц, покончивших жизнь самоубийством [73]). Иными словами, количество разведённых суицидентов среди МСАЗ, в принципе, не выше таковых показателей среди всех мужчин, покончивших с собой. А если вспомнить роль алкоголя в генезисе мужской суицидальности [38, 127], то эти показатели вполне логичны.

Напомним, что в возрастном срезе изученной нами группы по данным переписи 2002 года количество разведённых мужчин составило 4088 тыс. человек. Соотношение разведённых мужчин к состоящим в браке составило 1:8,25 с чёткой тенденцией к увеличению доли разведённых [52]. То есть, при допущении равной суицидальной активности у разведённых и состоящих в браке мужчин, соотношение суицидов должно оставаться аналогичным. Однако известно, что факт развода увеличивает склонность к суициду в общепопуляционных рамках, в частности, Е.А. Grollman (1988) показал, что частота самоубийств среди разведённых в 4-5 раз выше, чем у состоящих в браке, соответственно вышеуказанная пропорция стремится к 1:1,65-2,1. Это соотношение приблизительно сохраняется в общей массе мужских суицидов [73]. В то время как в алкогольной популяции оно равнялось 1:4 [166] (13% разведённых МСАЗ и 51% женатых), что весьма показательно в свете обнаруженных особенностей исследуемой группы разведённых МСАЗ. Таким образом, в алкогольной субпопуляции факт развода не является выраженным катализатором суицидальной активности, и гораздо более проблемную группу, вероятно, составляют «первично» одинокие и овдовевшие МСАЗ, которых среди суицидентов обнаруживается достаточно много [32, 73, 197].

Коснёмся теперь профиля предикторов аутоагрессивного поведения, отличающих группу разведённых МСАЗ. Основные статистически значимые отличия представлены в таблице 2.10.

Обращает на себя внимание то, что между группами практически не встретилось отличий в отношении изучаемых признаков в добрачный и внутрибрачный периоды (то есть, они идентичны). При этом обнаруживается достаточно большое количество достоверных отличий за очерченный период в два последних года (в разведённой группе соответству-

ет постразводному периоду), что означает снижение/повышение указанных показателей после развода.

**Таблица 2.10**

**Сравнение представленности предикторов аутоагрессивного поведения и личностно-психологических характеристик МСАЗ, находящихся в разводе и проживающих в браке (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Разведённые МСАЗ</b>	<b>МСАЗ, состоящие в браке</b>
Обращение к психиатру, психологу в анамнезе	25,0%	8,8%
Моменты одиночества последние два года	53,1%	32,8%
Склонность долго переживать вину в последние два года	15,4%	33,6%
Стыд тела или внешности в последние два года	3,1%	22,4%
Склонность к перееданию или отказу от пищи в последние два года	28,1%	49,6%
Комплекс неполноценности в последние два года	3,1%	17,6%
Убеждённость в том, что «проживу ещё долго»	75,0%	48,0%
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,4±2,4	6,3±2,6
Защитный психологический механизм «Замещение»	3,9±2,9	5,3±3,0

В разведённой группе МСАЗ обнаруживается снижение ряда значимых в суицидологической практике показателей (склонность долго переживать вину; стыд тела и переживание собственной неполноценности, никчёмности; отсутствия убеждённости в собственной долгой последующей жизни; склонность к перееданию или отказу от пищи на фоне сниженного настроения). Это говорит в пользу некоторого снижения уровня просуицидального фона, возникающего после сепарации в результате развода. Любопытно, что убеждённость в долгой последующей жизни достоверно характеризует разведённых МСАЗ и период брака, то есть носит сквозной характер, не исчезает и не снижается после развода.

Одиночество достоверно чаще встречается у разведённых МСАЗ, что логично и нередко инспирировало обращение к психиатру или психологу в послеразводный период.

Достоверно более низкие показатели использования таких психологических защитных механизмов как отрицание и замещение говорит в пользу более адекватной и реалистичной оценки разведёнными МСАЗ имеющихся у них проблем, в том числе алкогольных, интернализации ответственности за себя.

К сожалению, нам не представляется возможным выяснить момент возникновения данной психологической особенности (то есть, оценить, существовало ли данное отличие до развода или сформировалось уже позже, когда МСАЗ был оставлен без супружеской спасающей «опеки»). Тем не менее, данный факт говорит в пользу более редкого использования разведёнными МСАЗ механизма «делегирования» ответственности за свою жизнь другим людям, что ещё раз ставит под сомнение устоявшийся бытовой миф о том, что без опеки «муж-пьяница» обязательно «пропадёт».

Наркологические спецификации МСАЗ после развода отражены в таблице 2.11.

**Таблица 2.11**

**Сравнение наркологических характеристик МСАЗ, состоящих в разводе и проживающих в браке (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

Признак	Разведённые МСАЗ	МСАЗ, состоящие в браке
Псевдозапойный период	16,5±9,1	7,0±6,1
Потеря массы тела во время псевдозапоя	68,8%	44,0%
Толерантность к алкоголю (в л. пересчёте на водку)	1,4±0,3	1,1±0,5

Полученные данные согласуются с мнением авторов, утверждающих, что клиническое течение алкогольной зависимости становится тяжелее у разведённых МСАЗ [172, 235]. Это касается длительности псевдозапойного периода, более высокой толерантности к алкоголю.

Таким образом, резюмируя вышеизложенные данные, можно утверждать, что МСАЗ после развода не имеют более высоких суицидологических показателей, в сравнении с МСАЗ, проживающими в браке.

Наоборот, отмечается определённая тенденция к снижению представленности анализируемых феноменов.

Рассматривая наркологические спецификации группы, можно констатировать более неблагоприятную клиническую картину алкогольной зависимости в группе разведённых МСАЗ, что совпадает с общим представлением о динамике алкогольной зависимости после развода. Однако более половины разведённых МСАЗ (62,5%) утверждали, что подобная наркологическая картина у них уже была сформирована до развода. Также крайне любопытно сочетание низких показателей таких защитных психологических механизмов как отрицание и замещение у разведённых МСАЗ с убеждённой в длительной собственной жизни, что служит указанием большей «взрослости» и меньшей пассивности пациентов данной группы, несмотря на продолжающееся употребление алкоголя.

Таким образом, несмотря на существование укоренившегося мифа о «фатальности» развода для МСАЗ, в том числе, в отношении суицидального поведения, можно констатировать, что состояние разведённости не является объективным фактором, повышающим суицидальную активность группы.

Влияние развода на суицидологические и наркологические характеристики бывших жён МСАЗ.

Рассмотрим характеристику суицидологических показателей бывших жён МСАЗ в сравнении с жёнами из действующих семей МСАЗ, представленную в таблице 2.12.

**Таблица 2.12**

**Показатели суицидальной активности бывших жён МСАЗ и жён МСАЗ, состоящих в браке (статистически значимые отличия отсутствуют)**

<b>Признак</b>	<b>Бывшие жены МСАЗ</b>	<b>Жены МСАЗ</b>
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	22,6%	16,0%
Суицидальная попытка в период брака	16,1%	14,4%
Суицидальная попытка в последние два года	3,2%	7,2%
Суицидальная попытка в после развода вообще	9,7%	-
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	22,6%	26,4%
Суицидальные мысли в период брака	16,1%	22,4%
Суицидальные мысли в последние два года	6,5%	19,2%
Суицидальные мысли в после развода вообще	19,4%	-

Показатели суицидальной активности за период брака, а также совокупные данные за весь анамнестический период достоверно не отличаются в группах бывших супругов МСАЗ и жён МСАЗ, сохраняющих брачные отношения. То есть, в целом бывшие жены МСАЗ в отношении рассматриваемых признаков являются достаточно типичным срезом популяции жён МСАЗ вообще. За послеразводный период (всю его длительность) показатели суицидальной активности незначительно отличаются от аналогичных в браке. Тем не менее, отметим обнаруженную тенденцию к снижению суицидальной активности у бывших жён МСАЗ в последние два года (что во всех наблюдениях пришлось на последние два года постразводного периода). Характерно, что наиболее нагруженным периодом в отношении суицидальной активности женщины, имеющие таковую, называли первые три года после фактического развода с МСАЗ.

Таким образом, количество суицидальных попыток у разведённых женщин после расторжения брака и сепарации с мужем ниже, чем у женщин, проживающих в браке с МСАЗ. Отмечается снижение их количества с увеличением срока, прошедшего после развода, что подтверждают показатели за очерченный (последний двухгодичный) период жизни. Ту же самую тенденцию можно отметить и в отношении суицидальных мыслей. В этом контексте не лишне вспомнить и одну из особенностей российского постразводного периода, заключающуюся в том, что супруги часто длительно продолжают жить вместе после фактического развода [51], что, безусловно, существенно не изменяет сложившуюся систему «алкогольного» брака.

Охарактеризуем послеразводную суицидальную активность. У троих респонденток (9,7%) в период после развода отмечались суицидальные попытки, у одной - повторная. Два парасуицида возникли в период года после развода, у одной респондентки - спустя пять лет. Всем парасуицидам предшествовал период депрессии. Несмотря на то, что две из трёх женщин, пытавшихся покончить с собой, сами имели с их слов «проблемы с алкоголем» (появившиеся или усилившиеся после развода), алкогольное опьянение во время парасуицида у них отсутствовало.

В заключение характеристики суицидальности группы бывших жён МСАЗ, коснёмся динамики показателей просуицидальной напряжённости (КПСН и КПСН за два года). Обнаружено, что в рассматриваемой группе отсутствует достоверное снижение значения КПСН в сравнении с группой жён МСАЗ из действующих браков, что с математической точки зрения легко объяснить погрешностями, вызванными гораздо меньшей продолжительностью послеразводного периода в срав-

нении с общей продолжительностью жизни. Однако, мы не находим достоверного снижения значения КПСН за два последних года, который мы ожидали увидеть, исходя из данных приводимых другими учёными, описывающими заметное улучшение общего состояния бывших жён МСАЗ в послеразводный период [50, 177].

Это означает отсутствие обрывающего действия факта послеразводной сепарации на суицидальный потенциал группы, что подтверждают данные изложенные в таблице 2.14.

Отметим также и то, что по признакам, отвечающим за детекцию несуицидальных форм саморазрушения и предикторов аутоагрессивного поведения, рассматриваемые группы имеют минимум отличий. Статистически значимые различия выявлены между группами женщин из распавшихся и действующих семей МСАЗ только по таким признакам, как частота моментов острого одиночества в первой группе (71,0% и 45,6% соответственно,  $p < 0,05$ ) и злоупотребление алкоголем в последние два года (38,7% и 15,2% соответственно,  $p < 0,05$ ). Оба феномена бывшие жены МСАЗ связывают с воздействием факта разведённости, фактического одиночества. Следует учитывать и тот факт, что в исследование вошли выжившие парасуицидентки, и на настоящий момент не было возможности оценить вклад женщин изучаемой группы, в показатели завершённых суицидов, что могло еще больше конкретизировать их суицидальный потенциал.

При проведении серии сравнений бывших жён МСАЗ с женами из семей, где муж не страдает алкогольной зависимостью, в отношении паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов за период всего анамнеза обнаружен спектр достоверных отличий, аналогичный таковому для жён МСАЗ, состоящих в браке.

Данный факт подтверждает лишь бывшую общность женских групп (разведённых и состоящих в браке жён МСАЗ) в отношении суицидологических характеристик. Поэтому акцент в данной серии сравнения был сделан на показателях за последние два года, поскольку они способны отразить имеющуюся динамику аутоагрессивных паттернов и их предикторов в группе бывших жён МСАЗ после развода.

Обнаруженные достоверные отличия между группами представлены в таблице 2.13.

Все это позволяет условно расположить изучаемую группу в средней части «континуума», отражающего общее количество суицидальных и несуицидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения (по убывающей): жены МСАЗ - бывшие жены МСАЗ - жены мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью.

Тем не менее, с учётом минимальных достоверных отличий разведённых жён МСАЗ от супругов МСАЗ из действующих браков (ПСДО всего 6,11%), можно утверждать, что по суицидальным и несуйцидальным аутоагрессивным показателям в этом континууме разведённые жены МСАЗ значительно ближе к жёнам из действующих браков МСАЗ, нежели к женщинам из контрольной группы.

**Таблица 2.13**

**Суицидологические показатели бывших жён МСАЗ и жён из семей, где муж не имел алкогольной зависимости (приведены пары сравнения с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Бывшие жены МСАЗ</b>	<b>Жены МНАЗ</b>
Суицидальные мысли в последние два года	6,5%	0%
Склонность к долго переживаемому чувству стыда в последние два года	35,5%	8,1%
Периоды острого одиночества в последние два года	51,6%	6,5%
Периоды депрессии в последние два года	51,6%	29,0%
Моменты безысходности в последние два года	45,2%	14,5%
Долго переживаемое чувство вины в последние два года	22,6%	8,1%
Склонность к неоправданному риску в последние два года	16,1%	3,2%
Ощущение отсутствия смысла жизни в последние два года	16,1%	0%
Навязчивые угрызения совести в последние два года	41,9%	17,7%

Иными словами, после развода у бывших жён МСАЗ отмечается тенденция к снижению суицидологических показателей, однако они в значительной мере не достигают нормативных в этой возрастной категории даже после нескольких лет жизни вне брака с МСАЗ.

Дизайн исследования изначально не предусматривал сравнение разведённых жён из браков с МСАЗ с разведёнными женщинами того же возраста, находящимися в разводе по причине отличной от алкогольной зависимости мужа. Тем не менее, мы провели обследование группы раз-



ведённых женщин (находящихся в разводе по причинам, прямо или косвенно не касающимся алкогольной проблематики мужа, и не вступивших в повторные брачные отношения) с помощью блока вопросов из опросника для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов, отвечающего за формирование значений глобального КПСН и КПСН за два последних года ( $n=31$ , средний возраст женщин -  $40,2\pm 3,7$  года, длительность послеразводного периода –  $7,9\pm 3,1$  года).

Обнаружено, что разведённые жены из браков с МСАЗ имеют более высокие значения обоих коэффициентов, чем женщины, разведённые по «не алкогольным» причинам, что отражено в таблице 2.14.

**Таблице 2.14**

**Значение показателей коэффициентов просуицидальной напряжённости в обследованных женских группах**

Признак	Разведённые жены МСАЗ	Жены МСАЗ	Жены МНАЗ	Разведённые женщины (по причинам отличным от алкогольных проблем мужа)
КПСН	$3,3\pm 2,5^{*'} $	$3,1\pm 2,4^{\wedge\#} $	$1,0\pm 0,9^{*\wedge} $	$1,4\pm 1,1^{\#} $
КПСН за два года	$2,2\pm 1,5^{*'} $	$2,5\pm 2,2^{\wedge\#} $	$0,7\pm 0,7^{*\wedge} $	$1,3\pm 0,7^{\#} $

Примечание: знаками \*; #; ' и ^ обозначены пары сравнений, имеющие достоверные отличия значений коэффициентов с  $p<0,05$ .

Из данных, представленных в таблице, следует, что имеющиеся в браке высокие значения КПСН и КПСН за два года у жён МСАЗ не имеют статистически значимого снижения коэффициентов после расторжения брака. Кроме того, сам по себе факт распада семьи, в которой супруг не имел алкогольной зависимости, несколько повышает значения коэффициентов в сравнении с нормативными семьями, но эти значения достоверно не отличаются от показателей жён из «неалкогольных» браков и остаются достаточно низкими. То есть, высокие значения коэффициентов в группе бывших жён МСАЗ нельзя объяснить воздействием разводной и постразводной ситуаций.

Анализ предложенной таблицы также косвенно подтверждает тот факт, что в браки с МСАЗ часто вступают женщины с имеющейся и/или потенциально высокой аутоагрессивной активностью (смотри 6 главу), что впоследствии выражается в высоких показателях суицидальной и

несуицидальной аутоагрессивности как в самом браке, так и после развода.

Перейдём к характеристике личностно-созависимых и экспериментально-психологических особенностей бывших жён МСАЗ. Имеющиеся отличия представлены в таблице 2.15.

Прежде всего, обращает на себя внимание более реальная оценка бывшими жёнами МСАЗ роли супруга в генезе имевшихся в браке проблем, а также понимание негативных последствий проживания в подобных отношениях, что, вероятно, могло послужить катализатором развода. То же касается и меньшей частоты выявления такого феномена созависимого поведения как синдром «счастливой семьи» [141].

**Таблица 2.15**

**Отличительные признаки личностно-созависимого характера бывших жён МСАЗ (пары сравнения с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Бывшие жены МСАЗ</b>	<b>Жены МСАЗ</b>
Реальная оценка вклада супруга в семейную нестабильность	71,0%	48,0%
Понимание пагубности проживания в браке с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью	83,9%	56,8%
Рассказываю/ла легко про внутрисемейные проблемы	61,3%	30,4%
Создавала видимость счастливой семьи	35,5%	64,0%

Большинство из бывших жён МСАЗ (87,1%) прошли все стадии брака с МСАЗ с ВОСС, что в заключительной стадии привело к разводу. В оставшихся четырёх наблюдениях в двух случаях инициатором развода выступил супруг, а в двух развод носил «импульсивный» характер, когда женщина даже после развода какое-то время продолжала скрывать от близких и друзей истинную причину распада брака.

Таким образом, после развода у бывших жён МСАЗ появляются определённые позитивные сдвиги в отношении снижения уровня аутодеструкции, однако развод не является тем нормализующим фактором, который полностью освобождал бы женщин от саморазрушающих форм поведения [62], тем самым, выводя их за рамки интереса суицидологической службы.

## **Часть пятая. *Метод диагностики риска суицидального поведения у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью***

Полученные нами данные, касающиеся суицидологических характеристик МСАЗ, позволили разработать и апробировать метод оценки у них риска суицидального поведения, обозначенный как коэффициент суицидальной опасности (КСО).

Разработка методов прогнозирования суицидального поведения у МСАЗ достаточно сложный вопрос, поскольку уже само отнесение человека к страдающим алкогольной зависимостью автоматически помещает его в декретированную в отношении риска совершения самоубийства группу. Можно констатировать, что существует дефицит практических подходов к оценке риска совершения суицида МСАЗ. Все они носят скорее клинический характер, опирающийся на прямые указания возможности суицида: суицидальные попытки в прошлом, актуальные суицидальные мысли, просматривающиеся кусок мыла или верёвка в кармане.

Безусловно, наличие алкогольной зависимости значительно повышает риск суицида [168] в сравнении со средними показателями по мужской популяции. Однако, как показывают наши данные, суицидальные и несуйцидальные МСАЗ отличаются друг от друга не только наличием или отсутствием непосредственно суицидальных паттернов. Различия между группами значительно шире и, вероятно, имеются уже до образования брачной пары и развития самой алкогольной болезни. Непосредственно они касаются достоверных отличий по большинству значимых в суицидологической практике предикторов суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения, несуйцидальных самодеструктивных феноменов.

С учётом имеющихся данных нам представилось возможным разработать скрининговый метод оценки риска суицидального поведения МСАЗ. При разработке данного метода мы понимали, что имеем дело с группой заведомо более суицидальной, поэтому за линию нормалы скорее принимали тот внутривнутрипопуляционный уровень суицидальной активности у МСАЗ. Задачей скорее являлась попытка обнаружить определённое значение некоего синтетического параметра, когда потенциальный риск суицидального поведения становился значительно более высоким, нежели средний по популяции МСАЗ. То есть, обладатели определённых значений параметра попадали в группу с высоким риском суицидального поведения даже при отсутствии у них прямых указаний на суицидальную активность. Суть создания и теоретическое обоснование

созданного коэффициента излагается ниже.

КСО - это некая параметрическая величина, нормализованная в интервале [0; 10], получаемая при обследовании МСАЗ с помощью опросника для выявления аутоагрессивных паттернов поведения в прошлом и настоящем и их предикторов. В основу ее положен созданный нами КПСН, из расчёта которого исключён признак «наличие суицидальной попытки», вероятность которого коэффициент призван оценить. Также был добавлен дополнительный ряд опорных признаков - феноменов несуйцидальной аутоагрессии, достоверно отличающих МСАЗ, носителей суицидальной активности, от МСАЗ, не имеющих суицидальных паттернов в анамнезе, с соответствующими коэффициентами их линейной корреляции в мужской популяции с признаком «наличие суицидальной активности в анамнезе». Перечислим добавленные опорные признаки: наличие опасного хобби в анамнезе; наличие черепно-мозговых травм; субъективная склонность к неоправданному риску; наличие трагических смертей родственников.

Весь список опорных признаков выглядел следующим образом:

- 1) Наблюдались ли Вы у психиатра? (F1);
- 2) Были ли в вашей семье трагические смерти близких родственников (F2);
- 3) Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством? (F3);
- 4) Вы имели тесный опыт общения с будущим самоубийцей? (F4);
- 5) Вам характерно долго переживать вину? (F5);
- 6) Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда? (F6);
- 7) Испытывали ли Вы острое чувство одиночества? (F7);
- 8) Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии? (F8);
- 9) Бывают ли у Вас эпизоды безысходности? (F9);
- 10) Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказа от пищи? (F10);
- 11) Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию? (F11);
- 12) Наносили ли Вы когда-нибудь себе серьёзные повреждения? (F12);
- 13) У Вас бывают эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла? (F13);
- 14) Вас часто мучают угрызения совести? (F14);
- 15) Были ли у Вас черепно-мозговые травмы? (F15);
- 16) Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки? (F16);
- 17) Склонны ли Вы к неоправданному риску? (F17).

Поскольку опросник предполагал бинаминальный вариант ответов на вопросы ( «Да» (1) или «Нет» (0)), то при положительном ответе

весовая значимость фактора равнялась  $1 \times n$  (где  $n$  – коэффициент корреляции данного фактора с признаком наличия классических суицидальных форм аутоагрессивного поведения). При отрицательном ответе соответствующее произведение равнялось нулю.

Сумма всех соответствующих произведений дает значение КСО. Для удобства пользования была произведена нормализация коэффициента, в результате чего создана формула для его расчёта:

$КСО = (F1 \cdot k1 + F2 \cdot k2 + \dots + FN \cdot kN) \cdot M / (k1 + k2 + \dots + kN)$ , где  $M$  – верхняя граница разброса коэффициента  $[0, M]$ . В окончательном варианте имеем следующие формулы:

$КСО$  (для МСАЗ) =  $(F1 \cdot 0,24 + F2 \cdot 0,25 + F3 \cdot 0,85 + F4 \cdot 0,27 + F5 \cdot 0,22 + F6 \cdot 0,15 + F7 \cdot 0,34 + F8 \cdot 0,31 + F9 \cdot 0,36 + F10 \cdot 0,2 + F11 \cdot 0,41 + F12 \cdot 0,22 + F13 \cdot 0,21 + F14 \cdot 0,2 + F15 \cdot 0,31 + F16 \cdot 0,33 + F17 \cdot 0,25) \cdot 10 / 5,11$

Были проведены расчёты коэффициента в следующих группах: МСАЗ с суицидальной попыткой в анамнезе, МСАЗ без суицидальной попытки в анамнез, женатые МНАЗ. Данные представлены в таблице 2.16.

**Таблице 2.16**

**Значение КСО и границы значений параметра в группах МНАЗ, МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную попытку**

Группа	КСО (M±m)	Границы значений параметра
МНАЗ	1,0±1,0	0 <-> 2,0
МСАЗ с суицидальной попыткой в анамнезе	5,5±2,7	2,8<-> 8,2
МСАЗ без суицидальной попытки в анамнезе	2,7±2,0	0,7<-> 4,7

Представленные данные позволили выделить так называемую зону низкого риска суицидального поведения (за основу взят диапазон КСО в группе женатых МНАЗ, суицидальность которых стремиться к нулю - в группе отмечена лишь одна суицидальная попытка в период юношеского возраста, которая носила открыто манипуляционно-шантажный характер) - от 0 до 2,0. Промежуток от 2,0 до 4,7 представляет собой среднюю зону значений коэффициента, отражающую популяционный риск суицидального поведения среди больных алкогольной зависимостью. И наконец, диапазон от 4,7 до 10 (теоретическое максимальное значение) является зоной высокого риска.

Проиллюстрируем положение на примере МСАЗ с суицидальными попытками в анамнезе ( $n=40$ ). Из них 27 (67,5%) человек имели

значения КСО выше 4,7. Десять (25%) из них имели КСО ниже 4,7, но выше 2,0, что позволяет предположить, что их суицидальное поведение отражает среднепопуляционный риск совершения МСАЗ суицидальной попытки. Только трое (7,5%) из этой группы МСАЗ имели значение КСО в диапазоне 1,5-2,0, однако двое из этих пациентов пытались покончить с собой в состоянии алкогольного психоза.

С другой стороны, среди МСАЗ, не имеющих суицидальной попытки в анамнезе (85 человек), большинство (83,5%) имели КСО ниже 4,7. У остальных 14 человек значение КСО оказалось выше указанного уровня, и именно они, по нашему мнению, представляют ту самую группу высокого риска совершения суицида при фактическом отсутствии у них прямых указаний на вероятность совершения суицидальной попытки.

В нашем исследовании только за период брака попытку суицида предприняло 23,2% обследованных МСАЗ, что значительно превышает среднепопуляционные показатели для мужчин этой возрастной категории [127, 168]. Оценка риска этого контингента, по сути, уже не представляет практического интереса, поскольку уже само обнаружение подобной активности в прошлом является лучшим индикатором риска суицидального поведения в настоящем [11]. Однако и в этом случае возможно осуществление динамического мониторинга суицидальной готовности.

Гораздо больший интерес представляет таковая оценка в группе МСАЗ, где нет указаний на предыдущие суицидальные попытки. С учетом данных нашего исследования можно предположить существование двух вариантов развития алкогольной зависимости: с высоким и обычным риском совершения суицидальной попытки, - что в определённой степени согласуется с данными, приводимыми другими учёными [194]. То есть, в одном случае риск суицидального поведения не превышает среднепопуляционный в алкогольной субпопуляции, в другом он явно выше.

Коэффициент удобно использовать при первой встрече с МСАЗ, поскольку в нем использованы глобальные условия наличия того или иного признака (за весь жизненный период) и он не обладает возможностью оценивать динамические характеристики аутоагрессивности личности МСАЗ (для этого предназначен другой коэффициент - КПСН за последние два года).

Алгоритм использования КСО и его место при диагностике суицидальных тенденций отражены на рисунке 2.5.



**Рис. 2.5.** Место КСО в диагностике суицидальных тенденций.

Резюмируя вышесказанное, можно утверждать, что аутоагрессивное, в том числе суицидальное поведение, в клинике алкогольной зависимости и созависимости крайне широко представлено. Наличие суицидальной активности вносит существенные коррективы в клиническое своеобразие заболевания, экспериментально-психологические и терапевтические характеристики пациентов, что диктует необходимость более пристального внимания клиницистов к антивитальной компоненте.



## ГЛАВА 3 КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ СЕМЕЙ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

### Часть первая. *Варианты семейной динамики*

Изучение динамики (или закономерностей развития) «алкогольных» браков является актуальным вопросом, вероятно, с момента начала их изучения вообще [150, 203]. Многие особенности образования таких браков и их функционирования до сих пор остаются «загадкой, не подчиняющейся законам бытийной понятности». Их развитие часто банально не укладывается в общепринятые законы динамики семейных систем, поражая своей особой «созависимой логикой», когда принцип «бьют – беги» перестает действовать.

Традиционно подход к изучению наркологических и суицидологических характеристик супругов в подобных семьях был, можно сказать, статичным, «фотографическим», сухо фиксирующим обнаруженные на момент обследования особенности. В результате имелись некие совокупные характеристики, которые, в лучшем случае, оценивали влияние длительности существования супружеских отношений на рассматриваемые показатели [46, 155]. Другими словами, все браки МСАЗ чаще всего изучались как нечто «однотипное и однообразное», то есть, не имеющее каких-то внутригрупповых вариантов.

Полученные нами данные позволяют утверждать, что данные браки в динамическом, а также, соответственно, в клиническом и суицидологическом аспектах представляют собой неоднородную группу [84]. К данным выводам мы пришли изучив 125 семей МСАЗ с длительностью семейной жизни около 16 лет, сходными возрастными характеристиками и социально-демографическими показателями. Это позволило предложить типологию таковых брачных отношений, позволяющую максимально индивидуализировать терапевтические подходы как в наркологической, так и суицидологической практиках. Перед тем как перейти к клинико-наркологической и суицидологической характеристикам супругов при различных типах развития семейной системы в браках МСАЗ, коротко остановимся на описании предложенной нами типологии.

Понятие границ семьи происходит из теории семейных систем [14, 25, 39, 172]. Любая семья предполагает наличие внутреннего (семейного, «своего») и внешнего (несемейного, «чужого»)

пространства. Для описания взаимоотношений между семьёй и социальным окружением используется такой фактор, как «границы семейной системы», их гибкость и степень проницаемости [14, 21, 25, 172]. Доказано, что структурная и функциональная патология внешних и внутренних семейных границ является одной из важных системных характеристик дисфункциональных браков, в частности семей МСАЗ [46, 122, 241]. Одной из основных особенностей «алкогольных» браков, которая описывается большинством учёных, является феномен «закрытой семейной системы», то есть социальной изоляции, которая является одной из главных динамических характеристик созависимой реакции близких [150, 203]. Поведение членов семьи, прежде всего супруги, подчинено сокрытию алкоголизма мужа, семейных конфликтов и семейного насилия, своеобразный заговор молчания по поводу семейных и наркологических проблем [92, 141].

Закрытая семейная система является следствием закономерного прохождения семьёй МСАЗ ряда стадий и обычно преподносится как некое терминальное состояние, после которого следует либо развитие у супруги психосоматозов, депрессий, суицидальных реакций и смирения либо развода [150, 203]. Как показывает практика, не всегда существует указанная поступательная динамика, и феномен «закрытой семейной системы» имеет ряд особенностей.

Обнаружено, что основные суицидологические и наркологические показатели у супругов зависят от степени открытости/закрытости семейной системы, что позволило нам разделить все браки МСАЗ на три основные группы, используя в качестве группобразующего фактора вышеуказанный феномен: браки с перманентно закрытой семейной системой (ПЗСС), первично открытой и вторично открытой семейными системами (ПОСС и ВОСС, соответственно). Особым, наиболее редким вариантом, являлся таковой с использованием эпискрипт-модели.

Рассмотрим подробнее обозначенные варианты семейной динамики.

### **Брак МСАЗ с ПЗСС**

Наиболее классический вариант (и наиболее частый) семейной динамики браков МСАЗ состоит в следующем: после этапа активной «борьбы за здоровье мужа» супруга делает границы семьи ригидными и непроницаемыми (*истинная закрытость семейной системы*), инкапсулируя проблему зависимости внутри узкого семейного круга (куда нередко не входят даже родители супругов, их братья и сестры).

Начинается многолетний этап имитации гармоничной семьи, «не имеющей никаких проблем», тем более с алкогольной зависимостью мужа.

Данный вариант встретился у 61,6% обследованных нами семей МСАЗ. Подобная закрытость достаточно часто достигает гротескного и нелепого уровня, когда только сама жена МСАЗ по-прежнему продолжает верить в свои «выдумки», несмотря на то, что уже годы или десятилетия назад ее тайна (и часто тайна детей из этой семьи) стала «секретом Полишинеля» [150, 172]. Через годы красной нитью в подобных браках МСАЗ проходит желание супруги и индуцированных ею детей скрывать стыдную тему отцовского пьянства. Происходит типичная полная блокада (тотальная закрытость) с постоянным чувством вины, навязчивыми угрызениями совести и компульсивно возникающей магической, пусть уже и не столь явной, убежденностью в том, что спасти мужа получится, если предпринимать ещё больше усилий. Идеи вины касаются собственного «недостаточно эффективного» поведения и часто распространяются на отношения с ближайшими родственниками (вина за «неоправданные» надежды в отношении спасения супруга). Чувство вины и угрызения совести, их сквозной характер, полное отсутствие критики по этому поводу, а также склонность к акцепции вины за других людей (в данном случае мужа, который снова «не дошёл до врача», нужно было «довести его туда, а не довела») является главными дифференциальным маркёром данного типа динамики семейной системы при алкогольной зависимости.

Этот тип реакций супруги и детей наиболее полно соответствует состоянию, описываемому как созависимость в наиболее классическом варианте, то есть с неисчерпаемой «чашей созависимого терпения» [141, 204]. Жены в таких браках изначально имеют патологическую потребность в заботе о ком-либо, опредмечивая и наполняя смыслом свою жизнь, занимают доминирующую роль в семье, что достоверно коррелирует с прогрессированием алкогольной зависимости мужа [87, 150]. Любая неудача воспринимается женщиной на свой счёт и в браке такие жены занимают роль Спасателя, начиная «притапливать» мужа, чтобы иметь возможность его спасти. Психодинамика этих отношений хорошо описана в терминах транзакционного анализа – игра «Алкоголик» [137]. Потребность супруги в признании формирует своеобразную волнообразную поступательную семейную динамику, которая способствует поддержанию гомеостаза зависимо-созависимых отношений и нарастающей закрытости.

Развитие ПЗСС иногда заканчивается разводом [203], что ряд авторов описывает как терминальную стадию созависимой реакции, однако и после подобных разводов часто возникает тенденция к повторным бракам с МСАЗ с восстановлением закрытых отношений на новом уровне.

При данном варианте отношений брачная жизнь носит конгруэнтный для супругов характер с формированием классической созависимой семейной модели. Женщины из этой группы значительно чаще других подвергаются физическому насилию со стороны мужа (32,5%), демонстрируют провокационные паттерны поведения, зная, что за этим последует агрессия со стороны супруга - 62,3%. Примечательно, что несмотря на частую агрессию и оскорбления со стороны супруга в силу закрытости семейной системы и создания иллюзорной нормальности брачных отношений, женщины готовы терпеть очень долго - количество попыток развестись в группе минимально.

Клинически обнаруживаются три разновидности данного типа брака по представленности у супругов суицидальных феноменов. Наиболее распространенными вариантами оказались следующие: суицидальные паттерны обнаруживаются у обоих супругов (22,1%); только у МСАЗ (22,1%). Третий вариант, когда суицидальное поведение выявляется только у супруги МСАЗ, обнаружен в 6,5%. Общее количество семей, где хотя бы у одного супруга обнаруживались суицидальные феномены составило 50,7%. В 37,7% браков антивитальные паттерны были представлены несуйцидальными формами аутоагрессии. 11,6% семей данной группы были интактны в отношении саморазрушающих форм поведения. В качестве иллюстрации брака с ПЗСС предложим вашему вниманию следующий клинический пример.

Больной И., 42 лет, монтажник. Находился на амбулаторном наблюдении. Диагноз: алкогольная зависимость, II стадия, среднепрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. Ранее за наркологической помощью не обращался.

Анамнестические данные: отец больного злоупотреблял алкоголем, часто бил ребенка. И. рос легко возбудимым, капризным и своевольным. Школу окончил на «три». Служил в армии, после службы окончил профессиональное училище, работал по специальности. Женат второй раз. Первый раз женился в 24 года, в браке прожил один год, «не сошлись характерами». В имеющийся брак вступил в 26 лет. Отношения в семье оценивает как «хорошие». Воспитывает дочь.

Наркологический анамнез: длительность злоупотребления алкоголем более 16 лет. Похмельный синдром сформирован в течение девяти лет. Псевдозапой в среднем по одной неделе. Толерантность достигает 1,5 литров водки. Светлые промежутки обычно не превышают одного месяца. Употреблял неоднократно суррогаты алкоголя в виде одеколонов, лосьонов. Обращение к наркологу связано с тяжелым выходом из последнего псевдозапоя и выраженными соматическими осложнениями.

Аутоагрессивный анамнез: дядя по материнской линии страдал «депрессией», покончил жизнь самоубийством. Отец утонул, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Сам больной неоднократно пытался покончить жизнь самоубийством: один раз в 19 лет после ссоры с девушкой пытался отравиться по примеру друга (находился в состоянии алкогольного опьянения), второй раз пытался повеситься год назад в состоянии запоя, супруга с дочерью вытащили из петли. В состоянии опьянения и, особенно в ситуации абстинентного синдрома, актуализируются суицидальные мысли, сопровождающиеся идеями виновности, депрессивным аффектом с тревожным компонентом, ощущением «никому ненужности». Последние два года участились периоды ощущения безысходности. Имеет часто обостряющиеся соматических заболеваний: язвенная болезнь желудка, хронический простатит неспецифического характера. Неоднократно подвергался оперативным вмешательствам. Травматическая патология: перелом левого предплечья в 14 лет, ключицы и лучевой кости в 36 лет (получил в «пьяной» драке). На службе в армии были неоднократные черепно-мозговые травмы в результате неуставных отношений. В состоянии опьянения агрессивен, выступает инициатором драк, неоднократно подвергался избиениям. Дважды сотрудниками правоохранительных органов применялась физическая сила за оказание сопротивления при задержании. Характеризует себя как азартного человека, часто идущего на неоправданный риск, но только в состоянии алкогольного опьянения. Четыре года назад был уволен с предприятия «за вино», с трудом устроился на менее оплачиваемую работу. В беседе не может сформулировать смысл своей жизни, при подсказках говорит: «Да, дети», «Да, работа», «Да, семья». Однако уверен, что его обязательно будут помнить после его смерти, но не может сказать, кто и за что.

Катамнез два года после лечения: от алкоголя воздерживается, стал больше зарабатывать, отношения в семье спокойные. Жену боготворит: «Если бы не она, то умер бы, наверное...»

К., 36 лет, супруга больного И. Работает кондуктором.

Анамнестические сведения: отец больной и дед по материнской линии злоупотребляли алкоголем. Отец и мать к девочке относились хо-

рошо, хотя отец и часто ругал. Отца очень любит. Успешно окончила школу и училище, работала в банке, восемь лет назад «сократили», с тех пор работает кондуктором троллейбуса. Замужем первый раз, возраст вступления в брак 21 год, имеет ребенка десяти лет. В момент обследования считала, что браку угрожает развод.

Аутоагрессивный анамнез: Три года назад после того, как избил муж, хотела отравиться, выпила большое количество «каких-то» таблеток, была госпитализирована. Суицидальные тенденции после психотравмирующих ситуаций возникали и ранее. От суицида останавливает мысль о ребенке и родителях, своей собственной смерти не боится. Жизнь в целом считала неудавшейся. Последние годы отмечает учащение моментов безысходности по поводам, которые «раньше не трогали», особенно в отношении перспектив семейной жизни. Респондентка склонна к длительному переживанию вины, идеям самообвинения. Стала отмечать «беспричинные» эпизоды снижения настроения с оттенком эндогенности депрессивных переживаний, в эти моменты становится неуверенной, тоскливой, куда-то хочется уйти – «места себе не нахожу». Из соматической патологии страдает хроническим пиелонефритом, аднекситом. К врачам старается не обращаться, терпит «до последнего». Оперативная патология: три года назад операция по поводу внематочной беременности, имеет четыре медицинских аборта. Неоднократно подвергалась избиениям со стороны мужа, три года назад после избиения лечилась по поводу сотрясения головного мозга и отравления неустановленными лекарственными препаратами. Была пострадавшей в автоаварии, когда села в автомобиль, за рулем которого находился заведомо нетрезвый водитель (супруг). Часто испытывает неудобства из-за своей внешности, считает себя некрасивой. Последние два года, чтобы удержать мужа дома, стала выпивать вместе с ним. Изредка стала курить.

Приняла активное участие в лечении супруга, посещала в течение года врача-психотерапевта с целью решения проблемы созависимого поведения и дезактуализации собственных антивитаальных тенденций.

Крайне любопытным является тот факт, что некоторые жены из перманентно закрытых браков, имеющие в последние два года суицидальные мысли, попытки самоубийства, достаточно уверенно могли утверждать, что с момента возникновения у них описываемых феноменов, интенсивность классической аутоагрессивности супруга снижалась, как впрочем, в ряде случаев, смягчалась клиническая картина алкогольной зависимости - феномен викарной самодеструкции (пять собственных наблюдений).

Безусловно, данный феномен не носит универсального характера в этих семьях (в особенности из-за сложностей его выявления) и зачастую в большей степени касается внутрисемейного дрейфа несуицидальных аутоагрессивных паттернов, но, тем не менее, должен учитываться при построении эффективных терапевтических программ.

### **Брак МСАЗ с ПОСС**

Это вариант, когда алкогольная зависимость мужа носит достаточно «мягкий» и «социально приемлемый», с точки зрения супруги, характер и никогда ни от кого не скрывается. Даже при наличии чёткой клинической картины алкогольной зависимости, обычно не расценивается супругой как медицинская проблема, требующая коррекции. Обычно благосостояние данных браков можно оценить как «выше среднего», причём основной вклад в социально-экономический уровень семьи приносит муж. Жены рассматривают злоупотребление алкоголем как необходимый атрибут, например, карьеры мужа и часто происходят из семей с «богатыми» алкогольными традициями и/или патриархальными установками, где употребление алкоголя расценивалось как типично мужской немаргинальный паттерн поведения и авторитет мужчины, как главы семьи, традиционно высок. Супруги не касаются темы алкоголизации мужа, так как «он взрослый и сам может принимать решения». Редкие возмущения по поводу алкогольных проблем носят чаще констатирующий и «журащий» характер. Они нередко заканчиваются определённым видом ренты со стороны мужа: подарки, которые не носят обязательного характера и не являются стимулом повышающим самооценку супруги и без того высокую (в отличие, к примеру, от подобных подарков и услуг, которые встречаются в случае ПЗСС).

На протяжении всей продолжительности брака сохраняются описанные выше отношения, которые изначально были и остаются «взаимовыгодными» и конгруэнтными. Течение алкоголизма можно охарактеризовать как «алкогольную зависимость мужчины без участия в ее нозоморфозе созависимой супруги». Действительно, соматическое и психическое состояние супруги в подобных браках совершенно не соответствует описанному в рамках феномена созависимости [203], более того, рассматриваемая семейная динамика не имеет общепризнанной стадийности.

Можно констатировать, что феномен созависимости, в том виде как его понимает большинство исследователей [47, 141], в подобных браках отсутствует. МСАЗ не нуждается в опеке со стороны супруги, а у жены изначально отсутствует потребность спасти и «причинить добро».

Данный тип динамики алкогольного брака можно обозначить как «безсозависимый». Он встретился в 15,2% изученных браков МСАЗ. МСАЗ из этой группы обычно сами обращались за помощью к наркологу из-за возникших параалкогольных соматических проблем либо прекращали употребление алкоголя самостоятельно. В рассматриваемом варианте брачная жизнь носит конгруэнтный для супругов характер с формированием параллельно-дополняющей семейной модели. В качестве иллюстрации брака с ПОСС предлагаем Вашему вниманию следующий клинический пример.

Респондент Х., 63 лет, директор завода. Диагноз: алкогольная зависимость II стадия, низкопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. По поводу алкогольной зависимости никогда не наблюдался и не лечился, в поле зрения попал случайно (энурез у внука, проживающего у бабушки).

Анамнестические сведения: никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, первый ребенок в семье из двух, рос активным, занимался различными видами спорта. С успехом закончил школу, служил в армии, затем поступил институт. После окончания ВУЗа был распределён на вновь созданное предприятие, за два года стал начальником отдела. В 30 лет занял должность главного инженера предприятия, с 38 лет возглавляет крупный станкостроительный завод. Женится в 27 лет. Брак единственный, в браке родилось пять детей. Семейными отношениями доволен.

Наркологический и суицидологический анамнез: Х. алкогольные напитки попробовал после армии (21 год), обучаясь в ВУЗе алкоголем не злоупотреблял, продолжал заниматься спортом (выполнил разряд мастера спорта), был нагружен общественной работой. После окончания института направлен на руководящую работу, быстро сделал карьеру, но с 28 лет участились ситуации с приёмом алкоголя, связывает это с «должностью», невозможностью отказывать руководству, выпивал «понемногу», но часто (практически каждый день). С 30 лет выпивки стали «далеко не каждый день, но по многу». Первые признаки похмелья появились к 40 годам. Абстинентный синдром с выраженным психическим компонентом, опохмеление не обязательно. К 42 годам появились очерченные псевдозапой длительностью 2-3 дня, толерантность достигала одного литра водки. Основной объем алкоголя во время запоев всегда приходился на вечернее время, в это время ходил на работу, с успехом занимался другими делами. Светлые промежутки 20-25 дней. Начало запоев обычно совпадало с моментами «неформального общения» по работе,



однако далеко не каждая единичная выпивка служила причиной «срыва». Подобная клиническая картина сохранялась на протяжении 15 лет. Никогда в жизни не употреблял суррогатов алкоголя, очень следил за своим соматическим состоянием, в состоянии опьянения «обязательно закусывал». Большим алкоголизмом себя никогда не считал (критерии – всегда себя контролировал, лица не ронял, дела делал, семью содержал). Многократно проходил диспансеризации, никакой серьёзной патологии не обнаруживалось. В возрасте 59 лет диагностирован диабет второго типа. С момента обнаружения и до момента обращения по поводу проблем внука спиртное не употребляет («нужно было бросить – бросил, много других интересных вещей существует»). Суицидальных или иных самодеструктивных тенденций никогда не отмечал («жить слишком хорошо»), всегда осуждал поступок своего сотрудника, покончившего с собой на почве «пьянства».

К., супруга Х., по профессии учитель, канд. пед. наук.

Анамнестические сведения и суицидологический анамнез: Выросла без родителей (погибли в ВОВ). Воспитывалась тётёй по материнской линии. Раннее развитие без особенностей. Окончила школу, а затем институт. Была общительной, имела много подруг. В 24 года встретила своего будущего мужа Х., через год вышла за него замуж «по большой любви». В браке родила пятерых детей. Вся свою жизнь посвятила мужу, детям и работе. Через пять лет после замужества поняла, что «муж пьёт». Предприняла первую и единственную попытку повлиять на алкоголизм мужа. После разговора с ним, где «муж дал понять» место «счастливой супруги», больше этот вопрос с ним не обсуждала. Понимала, что от мужа зависит благосостояние ее и детей. Все время его считала «крайне положительным» человеком с наличием «небольших недостатков». К «небольшим недостаткам» относилось злоупотребление алкоголем, периодические «загулы» и «бесконечные» измены. Просто терпела, так как «он такой человек и его не изменишь». «Мне всегда было чем заняться, вместо выяснений отношений с мужем». При этом с момента начала злоупотребления алкоголем мужем никогда не скрывала этот факт от его ближайших родственников, ближайшего окружения, знакомых, а так же от сотрудников на своей работе. Как и не скрывала «его гулянок и баб», однако «всегда знала, что от неё он навсегда никогда не уйдёт». Тема обсуждения этих пороков мужа стала постоянной и любимой (со слов мужа), но при этом продолжала считать мужа «прекрасным человеком», многократно беременела от него и рожала детей. Благодаря финансовому и социальному благополучию могла полностью себя посвящать своим интересам (дети, наука, сад и прочее). Никогда не отме-

чала каких-либо суицидальных и иных аутоагрессивных тенденций. К моменту обращения сохранила прекрасное соматическое состояние, после взросления детей «занялась собой», написала ряд монографий. После прекращения приёма алкоголя мужем брак, по ее словам, стал идеальным, с мужем любят друг друга, проводят совместный досуг, вместе путешествуют, занимаются внуками и пр.

### **Брак МСАЗ с ВОСС**

Это тип семейной динамики, подразумевающий на начальном этапе инициальную закрытость, которая спустя некоторое время перестает поддерживаться семьей, что формирует этап вторичной открытости семейных границ, когда алкогольная зависимость мужа перестает быть скрываемым ото всех «семейным секретом». Это приводит к значительному изменению существующих семейных ролей и иным, несозависимым в классическом понимании, отношениям.

Данный вариант встретился в 20,8% обследованных нами семей МСАЗ. Начальной изоляции способствовали неудачи в борьбе с заболеванием мужа в результате неоднократных попыток его вылечить. Отношение к алкогольной зависимости мужа носило достаточно рациональный характер, как к болезненному состоянию, а не результату собственных ошибок в контроле аддикции супруга. Уровень активности «спасающих» мероприятий супруги в данном случае более умеренный. На протяжении большей части первого этапа может не наблюдаться тотального обесценивания способности мужа принимать самостоятельно решения и отвечать за своё здоровье (характерное для перманентно закрытого варианта).

Особо подчеркнём, что неудачи в лечении мужа и в семейной жизни сопровождаются в основном переживанием разочарования и гнева, а не вины и стыда, являющихся эмоциональными маркерами браков с перманентно закрытой семейной системой.

Затем наступает фаза «бессилия», сопровождающаяся депрессивными переживаниями, но не завершающаяся окончательным, финальным блоком в проницаемости семейных границ, а характеризующаяся феноменом ситуационного инсайта: спонтанно или под воздействием каких-то десенсибилизирующих факторов супруга осознает тщетность и бесполезность собственных усилий, либо здоровая тенденция к любви и уважению себя берет верх. Иногда этот момент хорошо очерчен в семейной истории, иногда проходит более сглажено. Сами женщины характеризуют этот момент, как «надоело», «у него своя судьба, а у меня трое детей», «намучалась, с дураком связалась, буду жить для себя». Различ-

ными путями происходит «публичное покаяние», супруга перестаёт скрывать проблемы мужа – семейная система становится вторично открытой («Да у меня муж пьёт, не повезло...», «я не муж, это его проблемы»). Спустя некоторое время (чаще несколько месяцев), могут спонтанно исчезать симптомы созависимого состояния. Женщина больше времени начинает заниматься собой, детьми.

Безусловно, этот момент может служить отправной точкой для развода с супругом. Действительно, многие из обследованных разведённых женщин, бывших супругов МСАЗ, прекратили брачные отношения именно в этот период по собственной инициативе (77,4%). Причиной развода, прямо или косвенно, указывалась алкогольная зависимость мужа: при интервьюировании 16 из 24 (66,7%) как ведущую причину указали разочарование в браке и неспособность дальше терпеть «пьянство мужа», остальные восемь (33,3%) – иные параалкогольные причины (гетероагрессия, измены, проблемы с детьми). Характерно, что 83,3% из них негативно относились к перспективе возобновления брачных отношений в будущем, связывая это с имеющимся негативным опытом и страхом его повторения.

Следует учитывать, что по различным причинам (социально-экономическим, личным) часть браков не распадается (феномен весьма характерный для нашей страны), но болезнь мужа больше не скрывается от окружающих и нередко искусственно выносится «на публику». Супруга перестаёт «спасать» мужа от алкогольной зависимости. Нередко сохраняется совместное выполнение семейных обязанностей, то есть, имеет место сохранение брака «де факто». Вторично открытая модель формируется, как правило, не позже двенадцати лет совместной жизни (из всех обследованных нами семей со стажем семейной жизни выше указанного подавляющее большинство ВОСС образовалось не позже указанной длительности брака (24 семьи – 92,3%). Срок формирования этапа «вторичной открытости» в среднем составляет 7-9 лет (21 семья – 80,7%).

В браках с ВОСС созависимость не носит классического характера, а является экзогенной реакцией созависимого типа на аддикцию супруга, что можно обозначить как реактивно-созависимая или псевдосозависимая реакция. Отметим, что семейные отношения при наличии ВОСС являются неконгруэнтными для супругов, что в конечном итоге, приводит к развитию заключительного этапа.

В качестве иллюстрации брака с ВОСС предлагаем Вашему вниманию следующий клинический пример.

Пациент Н., 47 лет, строитель-отделочник. Наблюдается амбулаторно с мая 2008 по настоящее время. Диагноз: алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем.

Анамнестические сведения: отец, дед, брат больного страдали алкогольной зависимостью. Брат Н. два раза пытался покончить с собой, умер в 29 лет (замёрз на остановке). Раннее развитие без особенностей, второй ребёнок в семье из двух, рос шумным, «всегда был заводилой», учился посредственно. В армии не служил «по зрению». Окончил техникум, по специальности не работал, получил водительские права и стал работать водителем. С 2002 года (41 год) сменил специальность «из-за водки» (фактически был уволен за управление автомобилем в нетрезвом виде), стал работать в бригадах по отделке квартир, неоднократно менял коллективы из-за пристрастия к спиртному. Женится в 24 года на однокласснице, с которой встречался со школы. Первые четыре года брака практически не пил. Брак единственный, от брака есть дочь.

Наркологический и суицидологический анамнез: Н. алкогольные напитки попробовал в школе, в техникуме периодически «выпивал», но нерегулярно. Одним из требований будущей супруги перед вступлением в брак был полный отказ Н. от спиртного. После заключения брака в течение четырёх лет употреблял алкоголь только по праздникам. С 28-29 лет стал употреблять спиртные напитки гораздо чаще, что вызывало открытое недовольство супруги. С 33 лет возникли первые запои после «дня шофёра (пятница)» до вечера воскресения, с опохмелением. Абстинентный синдром с выраженными сомато-неврологическим и психическим компонентами, опохмеление обязательно. Толерантность достигала 1,5 литров водки. Суррогаты алкоголя не употреблял. Каких-либо суицидальных либо иных аутоагрессивных тенденций в этот период не отмечал. К 39 годам запои стали продолжаться до 10-14 дней, сильно худел, толерантность до двух литров водки, светлые промежутки сократились максимально до 30 дней. Через год был уволен с работы за управление автомобилем в нетрезвом состоянии, год был без работы, затем устроился плиточником в строительную бригаду. Неоднократно менял трудовой коллектив, так как «пьющий работник никому не нужен», фактически все заработанное тратил на приобретение алкогольных напитков. Приблизительно с 40 лет у пациента стали периодически возникать мысли о самоубийстве (всегда на фоне похмелья – на 4-5 день, сопровождающиеся угрызениями совести по поводу того, что не оправдал ожиданий дочери и собственной матери, стал как отец и брат). С 43 лет оформилась клиника III стадии заболевания, стал пить циклическими запоями, светлые промежутки до 2,5-3 месяцев, толерантность снизилась до одного литра водки. Стал употреблять различные суррогаты спиртно-

го. В этом же возрасте после выхода из запоя пытался повеситься на собственном ремне, спасла мать. Лечился у нарколога восемь раз (шесть раз «кодировался», два – «подшивался»), максимальная терапевтическая ремиссии до четырёх месяцев, в среднем - 2,5-3. Ни разу «не раскодировался», так как «собственной смерти не боялся никогда». В 2008 году впервые самостоятельно обратился за наркологической помощью. Предложено совместное с женой участие в терапии. Успешно прошёл курс лечения, ремиссия более пяти лет. Жена Н. длительное время посещала психотерапевтическую группу для созависимых супругов.

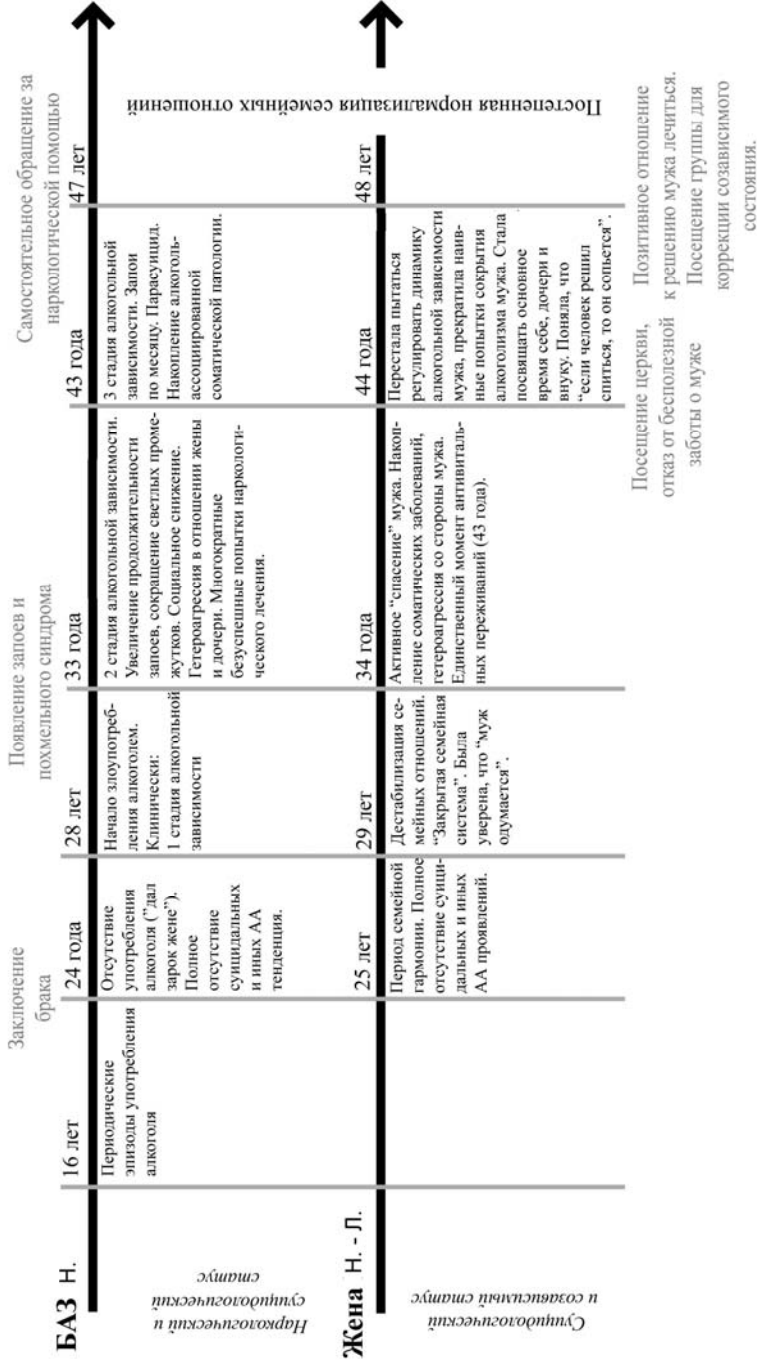
Л., супруга Н., по профессии повар-кондитер.

Анамnestические сведения и суицидологический анамнез: отец злоупотреблял алкоголем. Мать характеризует как безвольную, зависящую от настроения и состояния отца. Отец часто в нетрезвом состоянии бил мать и ребёнка. В детстве очень боялась гнева отца. Росла скрытной, необщительной. Школу закончила «на три», после девятого класса закончила техникум и стала работать по специальности. В 23 года встретила Н., с которым встречалась два года и впоследствии вышла за него замуж. До брака будущий муж в компании выпивал обычно больше всех, выступал инициатором застолий, этот факт был хорошо известен Л. Перед браком она ему поставила ультиматум: либо спиртное, либо она. После брака муж действительно на протяжении четырёх лет воздерживался от приёма алкогольных напитков. Затем Л. стала замечать, что муж стал выпивать, однако на протяжении последующих пяти лет (до возникновения похмельного синдрома и первых запоев) старалась не замечать пьянства мужа, надеясь, что «он одумается». Скрывала выпивки мужа от родственников и друзей, «прикрывала» его на работе. Осознав, что муж «алкоголик» ещё сильнее стала создавать видимость семейного благополучия (мать больного узнала, что сын имеет проблемы с алкоголем к 43-летию сына). Когда запои стали продолжительными, брала больничные для супруга, скрывала эти периоды от соседок, покупала спиртное сама. Несмотря на пьяные выходки и дебоши мужа, постоянные его «валяния» на улице и в подъезде, была убеждена, что этого никто не замечает, что все считают ее мужа «порядочным и непьющим». Несколько раз находила его спящим в сугробе, сильно избитым. Многократно ночевала с дочерью у соседок, когда муж был пьяным и проявлял физическую агрессию против них. Стала часто болеть (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки, стенокардия, фибромиома матки, диффузная мастопатия), два раза ломала правую голень. Отмечала частые эпизоды сниженного настроения, периодически с ощущением безнадежности. В 37 лет начала курить до пачки в день (ранее никогда не курила). Много раз думала о разводе, но останавливала мысль о том, что без неё муж «совсем сопьётся, погибнет». Много свободного времени посвящала поискам новых способов лечения супруга. В период

перехода клинической картины алкогольной зависимости мужа в III стадию (что ознаменовалось для неё появившимися истинными запоями по месяцу и более, резкой социальной деградацией) поняла, что больше так жить не может, тогда же отмечает единственный момент в жизни, когда жить по-настоящему не хотелось, но про самоубийство всерьёз не думала. Обратилась за помощью к священнослужителю в православной церкви (впервые). После разговора с ним стала больше времени уделять вопросам веры, почувствовала облегчение, стала часто посещать церковь. В этот же момент дочь вышла замуж и переехала к мужу. В возрасте 44 лет «поняла бесполезность заботы о человеке, который в этой помощи не нуждается». Перестала скрывать и решать алкогольные проблемы мужа, рассказала о них матери пациента - «сняла камень с души». Трижды за это время в моменты, когда муж проявлял агрессию против неё или дочери, вызывала сотрудников правоохранительных органов (что раньше для неё было абсолютно неприемлемо). Прекратила брать «ответственность за порок мужа на себя», «просто жила с ним в одной квартире». Выяснила, что даже в состоянии сильного алкогольного опьянения тот доходит до дома без её помощи. К суицидальной попытке мужа отнеслась относительно спокойно - «каждый сам решает, как ему жить, его дело», «моих сил контролировать его, как маленького ребёнка, больше нет». Через год дочь с мужем купили отдельную квартиру, родился внук, большую часть времени Л. проводила у них, сидя с внуком. На пьянство мужа не обращала внимания, на «колкие замечания» соседей не реагировала: «Это его дело, хочет и пьёт». С мужем, когда тот был трезвый, старалась поддерживать ровные отношения, вместе занимались внуком, когда Н. входил в запой, просто уходила из дома. Инициатором последнего обращения мужа за наркологической помощью впервые не являлась, но положительно и с пониманием отнеслась к этой идее. С удовольствием откликнулась на просьбу врача о необходимости их совместного посещения терапевтических сеансов. Принимала активное участие в психотерапевтическом лечении мужа, параллельно занималась по программе коррекции созависимости.

Катамнез: муж ведёт трезвый образ жизни, нашёл постоянную работу, много времени уделяет воспитанию внука. Л. отмечает заметную нормализацию семейных отношений, хотя до этого ей казалось, что ничего общего у них нет и не будет (впервые два года подряд вместе ездили отдыхать на море).

Динамика клинического наблюдения отражена на рисунке 3.1.



**Рис. 3.1.** Графическое отображение динамики брачных отношений с ВОСС.

С целью изучения глобальных семейных характеристик разных типов браков были проведены серии сравнений суммарных показателей аутоагрессивной сферы обоих супругов. В качестве контрольной группы выступили семьи МНАЗ (то есть, сумма показателей мужа и жены). Смысл сравнения заключался не в поиске параметров качественных отличий экспериментальных и контрольной групп, так как очевидно отличия будут касаться большинства изучаемых показателей, а в попытке количественно выразить степень сходства/различия экспериментальных групп в отношении нормативного контроля, выраженного в процентах через соотношение количества статистически значимо различающихся параметров (отражающих наличие аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов) к общему числу позиций для их выявления.

Наиболее отличными от семей МНАЗ являются браки с ПЗСС – процент достоверных отличий достиг 63,5%. ПСДО браков с ВОСС составил 47,7%. Наименьшее количество достоверных отличий от контрольной группы обнаруживается в группе браков с ПОСС – 27,9%.

***Часть вторая. Аутоагрессивная, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристики супругов из браков с первично, вторично открытыми и первично закрытой семейными системами***

Суицидологическая, экспериментально-психологическая характеристики МСАЗ из браков с ПОСС, ВОСС и ПЗСС. Показатели суицидальной активности достоверно не отличают МСАЗ из изучаемых групп - суицидальные попытки выявлены у 24,1%, 18,2%, 27,3% пациентов в соответствующих группах. Это согласуется с мнением ряда учёных, отмечающих, что суицидальное поведение «генетически» связано с алкогольной зависимостью и является одним из факультативных клинических признаков данной патологии при облигатном присутствии феномена аутоагрессии вообще [168]. Характерно, что практически у всех МСАЗ из браков с ПОСС имеющиеся в прошлом суицидальные мысли реализовывались в суицидальную попытку (92,3% наблюдений), что не характерно для обеих оставшихся групп. Преимущественными способами реализации суицидальной попытки являлись самоповешение, падение с высоты и применение огнестрельного оружия (96,4% наблюдений), тогда как в двух оставшихся группах данные наиболее фатальные варианты осуществления суицида выбирались достоверно реже (чуть более, чем в половине случаев).

По актуальному профилю представленности аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения (в частности за



последние два года) наиболее близкими оказались МСАЗ из браков с ПЗСС и ВОСС. Отличает их статистически значимая разница в отношении длительных периодов угрызений совести за время брака, которые чаще встречаются у МСАЗ с ПЗСС, постоянно обещающих супруге и иным значимым людям «бросить пить» (21,05% и 46,75% соответственно,  $p < 0,05$ ). Стоит отметить, что в браках МСАЗ с ПОСС, где имеет место «безсозависимый» тип течения алкогольной зависимости, аутоагрессивные проявления у мужа носят нативно-алкогольный характер (при полном отсутствии суицидальных паттернов поведения у супруги) и суммарные показатели классической аутоагрессии в семье представлены только алкогольной компонентой при полном отсутствии созависимой. В браках МСАЗ с ПЗСС демпфером саморазрушающего поведения МСАЗ могут выступать жены, имеющие достоверно более высокие показатели суицидальных паттернов поведения, отличающие их от жён из семей с ПОСС. Формирование вторичной открытости семейной системы не вызывало у МСАЗ заметного увеличения суицидальной активности. Примечательно, что МСАЗ из браков с ВОСС имели значительное количество достоверных отличий от обеих других групп в отношении присутствия несуйцидальных аутоагрессивных феноменов и их предикторов в добрачный период, таких как травматическая патология, частые физические наказания родителями, склонность к неоправданному риску, длительным депрессивным эпизодам, употребление наркотических препаратов, нанесение самоповреждений), что отражено в таблице 3.1.

Другими словами, данная группа МСАЗ имеет наиболее неблагоприятный аутоагрессивный добрачный анамнез, являющийся ее характерным клиническим маркёром. Кроме того, данную группу от остальных отличает отсутствие убеждённости в своей долгой последующей жизни («долго жить не буду»).

Любопытно, что возникновение данного комплекса у 38,46% МСАЗ по времени совпало с периодом возникшего феномена вторичной открытости, когда супруга перестаёт являться буфером и прекратила «спасать» мужа и является одним из важнейших прогностически неблагоприятных факторов в наркологии [174].

Психологическим маркёром МСАЗ из браков со ВОСС, достоверно отличающим их от обеих оставшихся групп, является использование реактивных образований в качестве ведущего механизма психологической защиты ( $p < 0,05$ ). МСАЗ из браков с ПЗСС характеризует склонность к внешнеобвиняющему типу реакций - 75,84% пациентов ( $p < 0,05$ ). Кроме того, МСАЗ из этой группы статистически

значимо чаще в детстве подвергались физическим наказаниям со стороны родителей.

**Таблица 3.1**

**Спектр предикторов аутоагрессивного поведения у МСАЗ из браков с ВОСС (пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ из браков с ВОСС (%)</b>	<b>МСАЗ из браков с ПОСС (%)</b>	<b>МСАЗ из браков с ПЗСС (%)</b>
Навязчивое переживание чувства стыда до брака	30,8	*	9,1
Затяжные депрессивные реакции до брака	38,5	*	16,9
Наличие травматической патологии до брака	65,4	26,3	39,0
Переживание чувства безысходности до брака	23,1	0	*
Наличие опасного хобби до брака	38,5	*	13,0
Неоправданный риск до брака	53,9	21,1	27,3
Нанесение самоповреждений до брака	30,8	*	0
Подверженность физическому насилию до брака	26,9	*	10,5
Употребление наркотических средств до брака	30,8	*	5,3
Уверенность в долгой последующей жизни	19,2	47,4	55,8
Физические наказания родителями в детстве	84,6	36,8	50,7

Примечание: \* - отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре.

Следует также отметить высокую удовлетворенность супругов своими брачными отношениями в браках с ПОСС, достоверно отличающей респондентов от таковых в двух других группах. Удовлетворительные семейные отношения в изучаемых браках

обнаруживались в более, чем в 60% случаев, тогда как в двух оставшихся группах – лишь в 30% исследуемых пар. В свою очередь к откровенно неудовлетворенным брачными отношениями в исследуемой группе относились менее 5% семей, что в 5-7 раз меньше, чем в «контрольных группах».

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с ПОСС.  
Течение алкогольной зависимости у пациентов из подобных браков наиболее мягкое и «доброкачественное», что отражено в таблице 3.2.

**Таблица 3.2**

**Наркологические характеристики МСАЗ из браков с ПОСС**  
(приведены пары сравнений  $p < 0,05$ )

<b>Признак</b>	<b>МСАЗ из браков с ПОСС</b>	<b>МСАЗ из браков с ВОСС</b>	<b>МСАЗ из браков с ПЗСС</b>
Высокопрогредиентное течение заболевания	0%	26,9%	31,2%
Среднепрогредиентное течение заболевания	26,3%	69,2%	55,8%
Низкопрогредиентное течение заболевания	73,7%	3,9%	13,0%
Толерантность (в л., в пересчёте на водку)	0,7±0,3	1,1±0,4	1,2±0,4
Возраст возникновения похмельного синдрома	36,7±2,4	30,3±5,1	29,0±4,7
Употребление суррогатов алкоголя в анамнезе	21,1%	61,5%	54,6%
Наличие амнестических форм опьянения	15,8%	73,1%	63,6%
Длительность ремиссии после лечения (в мес.)	38,8±21,8	13,6±7,6	23,3±15,4
Добровольное продление лечебной программы	64,7%	8,7%	23,7%
Ремиссия свыше пяти лет	29,4%	8,7%	5,1%

Прежде всего это касается типа преобладающей прогредиентности: в 73,7% встречается низкопрогредиентный вариант развития заболевания. При схожих сроках начала злоупотребления алкоголем похмельный синдром формируется позднее.

Для МСАЗ из браков с ПОСС менее характерно употребление суррогатов алкоголя, ниже толерантность к алкоголю и реже встречаются амнестические формы опьянения, значительно чаще встречаются длительные терапевтические ремиссии (свыше пяти лет), срок ремиссии более продолжительный, чем в оставшихся группах ( $38,8 \pm 21,8$  месяцев).

В группе не встретилось «срывов» на фоне действующей терапевтической программы, более 60% пациентов продлили срок лечебного воздействия после его окончания. Стоит напомнить, что «злокачественность» течения алкогольной зависимости является также фактором, характеризующим аутоагрессивный потенциал личности.

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с ПЗСС. Отличия от пациентов из браков с ПОСС приведены выше (см. таблицу 3.2). От пациентов из семей с ВОСС данная группа отличается более ранним началом употребления алкоголя ( $21,2 \pm 2,5$  и  $23,0 \pm 3,0$  соответственно,  $p < 0,05$ ), редким возникновением алкогольных психозов (12,99% и 34,62% соответственно,  $p < 0,05$ ), наличием срывов на фоне лечения в анамнезе (91,67% и 63,64% соответственно,  $p < 0,05$ ).

Несмотря на сходство клинической картины, группы отличаются терапевтическими показателями в пользу МСАЗ из браков с ПЗСС. Это касается длительности ремиссии после проведённого нами лечения ( $23,3 \pm 15,4$  и  $13,6 \pm 7,6$  месяцев соответственно,  $p < 0,05$ ), количества ранних (до шести месяцев) «срывов» (5,17% и 26,09% соответственно,  $p < 0,05$ ), начала употребления алкоголя на фоне действия терапевтической программы (15,25% и 52,17% соответственно,  $p < 0,05$ ) и использования «раскодирования» (11,86% и 56,52% соответственно,  $p < 0,05$ ).

По срокам ремиссии после проведённого лечения, МСАЗ этой группы, достоверно занимают промежуточное место в континууме МСАЗ из браков с ПОСС – МСАЗ из браков с ПЗСС – МСАЗ из браков с ВОСС ( $38,8 \pm 21,8$ ;  $23,3 \pm 15,4$ ;  $13,6 \pm 7,6$  соответственно,  $p < 0,05$  в обоих парах сравнений).

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с ВОСС. Наркологические характеристики группы сходны с таковыми у МСАЗ из браков с ПЗСС. Однако имеются существенные терапевтические особенности группы, создающие ее клинико-терапевтическую специфичность. Это наименьшая продолжительность ремиссий после проведённого нами лечения в сравнении с остальными группами ( $13,6 \pm 7,6$  месяцев), частое начало употребления алкоголя на фоне терапевтической программы и «кода» (более чем 50%), большое

количество срывов сроком до шести месяцев (26,1% пациентов), преобладающие выборы коротких сроков лечения (год).

Именно пациенты этой группы чаще пользовались процедурой «раскодирования» - 56,52% ( $p < 0,05$ ). Так, при недлительных терапевтических ремиссиях и частых ранних срывах у МСАЗ этой группы процент «опасных» выпивок без снятия терапевтической программы был достоверно меньшим, чем у пациентов из браков с ПЗСС (где этой процедурой воспользовалось только 11,9% пациентов). Данный факт особенно интересен и потому, что основная масса «снятий кода» перед выпивкой или сразу после неё наиболее часто встретила в период уже сформированной ВОСС, когда супружеская спасающая «лонжа» уже не действовала. То есть, ответственность за свою жизнь была полностью делегирована самому пациенту.

Суицидологическая и личностно-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с ПЗСС. Группа имеет существенное количество достоверных отличий от наиболее благоприятной группы - жён МСАЗ из браков с ПОСС в отношении факторов, характеризующих аутоагрессивно-суицидологический профиль (смотри таблицу 3.4).

Это, в частности, касается суицидальных феноменов (суицидальные попытки в группе обнаружены у 15,6%, суицидальные мысли 26,0%), зачастую на фоне безысходности – у 62,3%. Хорошо также видно, что группа имеет существенно большую нагруженность парасуицидальными феноменами и важнейшими предикторами аутоагрессивного поведения.

Группа сходна по количеству суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов с женами МСАЗ из браков с ВОСС (до момента формирования этапа вторичной открытости).

Однако между ними выявляются отличия в профиле эмоциональных состояний, значимых для суицидологической практики. Женщин из семей с ПЗСС, характеризует длительное переживание вины (37,66% и 15,38% соответственно,  $p < 0,05$ ), особенно из-за неспособности справиться с алкогольными проблемами мужа, частые угрызения совести «по любому поводу» (33,8% и 7,7% соответственно,  $p < 0,05$ )

Основной акцент отличий данной выборки жён МСАЗ приходится на показатели личностно-созависимых характеристик, что представлено в таблице 3.3.

**Таблица 3.3**

**Личностно-созависимая характеристика жен МСАЗ из браков с ПЗСС (пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Жены МСАЗ из браков с ПЗСС</b>	<b>Жены МСАЗ из браков с ВОСС</b>	<b>Жены МСАЗ из браков с ПОСС</b>
Смирилась с алкогольной зависимостью у мужа	22,1%	42,3%	47,4%
Продолжаю активно спасать мужа от зависимости	85,7%	40,0%	32,1%
Убеждённость в том, что муж «пропадёт» без нее	49,4%	11,5%	10,5%
Соккрытие алкогольных проблем мужа	72,7%	7,7%	5,3%
Создание видимости хорошей семьи	89,6%	15,4%	21,1%

Несмотря на неудачи в лечении мужа, подавляющее большинство женщин продолжает активные поиски любых новых методов лечения, зачастую курьёзных, продолжает активно скрывать зависимость своего супруга и создаёт иллюзию счастливого брака. Женщины из этой группы чаще других подвергаются физическому насилию со стороны мужа. Несмотря на частую агрессию и оскорбления со стороны супруга, в силу закрытости семейной системы и создания иллюзорной нормальности брачных отношений, женщины готовы терпеть все это очень долго - количество попыток развестись в группе минимально.

Суицидологическая и личностно-психологическая характеристики жен МСАЗ из браков с ПОСС. Сразу отметим доброкачественность данной группы в сравнении с двумя другими, что отражено в таблице 3.4.

Таблица 3.4

Характеристики жен МСАЗ из браков с ПОСС (пары сравнений с  $p < 0,05$ )

Признак	Жены МСАЗ из браков с ПОСС	Жены МСАЗ из браков с ВОСС	Жены МСАЗ из браков с ПЗСС
<b>Аутоагрессивные паттерны поведения и предикторы саморазрушающего поведения</b>			
Наличие суицидальной по- пытки в анамнезе	0% **	# (11,5% ^)	15,6%
Суицидальные мысли в по- следние два года	0% **	30,8%	#
Суицидальные мысли в пери- од брака	0% **	19,2%	23,4%
Суицидальные мысли вообще	0% **	38,5%	26,0%
Моменты безысходности в последние два года	15,8% **	53,9%	55,8%
Наличие моментов безысход- ности в анамнезе	36,8%	69,2%	62,3%
Курение	21,1%	50,0%	#
Оценка собственной жизни как праведной	15,8%	46,2%	44,2%
КПСН	1,7±1,2	3,3±2,2	3,1±2,4
КПСН в последние два года	1,4±1,1	2,8±2,3	2,4±2,0
<b>Личностно-созависимые характеристики</b>			
Держу неприятности «в себе»	15,8%	# (36,5% ^)	57,1
Физическое насилие со сто- роны мужа	0% **	23,1%	32,5%
<b>Экспериментально-психологические характеристики</b>			
Использование регрессии как защитного механизма	4,5±2,0 **	6,0±2,8	6,2±2,8
Использование интеллектуа- лизации как защитного меха- низма	4,6±1,4 **	5,7±1,6	6,3±2,2

Примечание: # - отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре; ^ - данные не имеют статистически достоверного отличия в паре и приведены в таблице для иллюстративности; \*\* - показатели аналогичные таковым у жён МСАЗ.

Это касается показателей суицидальной и несуицидальной аутоагрессивной активности, данных экспериментально-психологических методик, сходных с таковыми в группе жен МНАЗ. По признаку «держу все неприятности в себе» (15,8%) эта группа достоверно отличается от такового показателя не только в других группах жён МСАЗ, но и от жён МНАЗ, где он составил 38,4% ( $p < 0,05$ ). У этих респонденток редко обнаруживается комплекс «наказанной на этом свете мужем-алкоголиком» (15,8%), характерного для жён МСАЗ из браков с ПЗСС (46,2%) и в меньшей степени для супруг МСАЗ из браков с ВОСС (34,2%).

Суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с ВОСС. Как отмечалось выше, по признакам, характеризующим суицидальную и несуицидальную аутоагрессивность, данная группа сходна с жёнами МСАЗ, проживающих в браках с ПЗСС. Суицидальные попытки в подобных браках женщины связывают с вынужденными формами супружества, различными внешними обстоятельствами. При сходстве аутоагрессивного профиля с жёнами МСАЗ из семей с ПЗСС (при сравнении показателей за весь период анамнеза), имеются существенные различия в представленности определённых видов аутоагрессивного поведения в период, ограниченный двумя последними годами жизни, что во всех наших наблюдениях приходилось на период вторичной открытости семейных границ. Это касается заметного снижения количества суицидальных попыток и соответствующих идеаций. Кроме того, эта же тенденция относится к ряду предикторов саморазрушающего поведения и личностно-психологических характеристик респонденток.

Клиническое своеобразие группы формирует частота переживания одиночества при фактическом наличии семьи - «феномен одиночества в семье» (69,2% и 35,1% соответственно,  $p < 0,05$ ), частота табакокурения (50,0% и 28,6% соответственно,  $p < 0,05$ ), коррелирующая с одиночеством.

Единственным экспериментально-психологическим отличием (STAXI) между группами является легкость первых в выражении гнева ( $5,8 \pm 2,4$  и  $4,8 \pm 1,8$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

Женщины нередко сохраняли брак из-за внешних причин (например, финансовой поддержки, жилплощади) - 19,2% и 3,1% соответственно,  $p < 0,05$ . Отметим, что частым завершением описываемой динамики является распад брака. Многие из обследованных нам разведённых женщин, бывших супруг МСАЗ, прекратили брачные



отношения именно в этот период, чаще по собственной инициативе - 77,4% (большинство из них негативно относились к перспективе возобновления брачных отношений в будущем).

Время формирования финального этапа обычно не превышало семи-девяти лет супружеской жизни (более 95% наблюдений).

С целью изучения глобальных семейных характеристик различных типов брака нами проведены серии сравнения «суммарных» показателей аутоагрессивного поведения у обоих супругов, что сформировало представление о нагруженности семьи в целом аутоагрессивными феноменами. В качестве контрольной группы выступили соответственно семьи МНАЗ (то есть, сумма показателей мужа и жены).

Наиболее отличной от семей МНАЗ являются браки с ПЗСС – статистически значимые отличия составили 63,5%. ПСДО браков с ВОСС составил 47,7%. Наименьшее количество достоверных отличий от контрольной группы обнаруживается в группе браков с ПОСС – 23,9%. То есть, несмотря на тот факт, что сплошная выборка семей МСАЗ в сравнении с контрольной группой имеет значительный процент статистически значимых отличий по профилю самодеструктивного поведения (61,9%), внутри группы имеется существенная вариативность значения показателя в зависимости от типа брачной динамики.

В серии сравнений супругов из браков МСАЗ с ПОСС с контрольной группой также не обнаружено разницы в количестве родителей респондентов страдающих алкогольной зависимостью при наличии статистически значимо более высоких показателей в оставшихся двух группах, что отражено в таблице 3.5.

**Таблица 3.5**

**Представленность алкогольной зависимости у родителей респондентов экспериментальных и контрольной групп**

Браки МНАЗ	Браки МСАЗ с ПОСС	Браки МСАЗ с ВОСС	Браки МСАЗ с ПЗСС
32,26*'	40+~	69,24*+	70,13'~

Примечание: знаками \*, ', +, ~ выделены пары сравнений с  $p < 0,05$ .

Таким образом, предложенная типология браков МСАЗ диктуется клинической реальностью и подтверждается данными клинико-психологического исследования.

Приводимые результаты убедительно показывают, что клинические, экспериментально-психологические и суицидологические

характеристики супругов в значительной степени различаются в зависимости от той или иной динамической модели. Они позволяют по-новому взглянуть на динамику семейных отношений в подобных браках, что имеет принципиальное значение для построения высокоэффективных дифференцированных терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках.

Полученные данные убедительно продемонстрировали, что феномен «созависимости» с позиций наркологии и суицидологии, не сводится к однотипной реакции супруги на зависимость мужа, как это предполагалось ранее. Типы реакций супруги на алкогольную зависимость мужа варьируют в зависимости от динамической модели семейной системы и, наоборот, и сводятся к следующим: классическая созависимая реакция (браки с ПЗСС), безсозависимая (браки с ПОСС), временно созависимая или псевдосозависимая (браки с ВОСС).

Диагностика того или иного типа семейной динамики предполагает и принципиально различные подходы к терапии «основного» заболевания. Диагностика первично закрытого варианта семейной динамики позволяет использовать следующий алгоритм антиалкогольного лечения.

Первый этап – заключение индивидуальных контрактов на:

а) лечение алкогольной зависимости (при необходимости с акцентом на аутоагрессивном поведении);

б) контракт на лечение созависимого состояния с акцентом (или без) на аутоагрессивном поведении и патологических моделях поведения;

в) контракт с супругой «на невмешательство» - анτισаботажный контракт с целью блокировки ее прежних «параалкогольных» модусов поведения (например, жена берет на себя обязательство не контролировать супруга, актуализируя в настоящем свое прежнее отношение к нему, как к пьющему человеку);

г) контракт с женой на поддержку происходящих с мужем терапевтических изменений (создание атмосферы принятия и доверия, позитивная вербальная и невербальная оценка его успехов, создание долгосрочных планов).

Второй этап – проводится индивидуальная работа с супругами с целью исключения их возможного игрового и сценарного поведения (фаза «терапевтического» развода). МСАЗ проходит курс «классического» или мортально-ориентированного лечения зависимости,

супруга посещает индивидуальные или групповые занятия для созависимых.

Третий этап – соединение супругов в «безалкогольный» брак на новых, конструктивных основаниях (правилах), подразумевающих развитие семьи, без использования алкогольной и созависимой субличностей, с использованием различных терапевтических техник.

В случае первично открытого варианта терапия фокусируется только на самом зависимом мужчине и осуществляется в один этап (заключение контракта на лечение алкогольной зависимости).

Диагностика вторично открытого варианта в семьях МСАЗ позволяет дифференцированно строить программу антиалкогольного лечения с учётом текущей супружеской позиции. Терапия в данном случае должна проводиться в несколько этапов.

На первом этапе лечение сконцентрировано больше на самом зависимом от алкоголя мужчине. Однако при наличии возможности следует использовать и «супружеский» ресурс на уровне контракта «на невмешательства» и поддержку. Контракт на коррекцию резидуальных явлений состояния «инициальной созависимости» заключается по желанию супруги. Возможность осуществления этапа «возобновления супружеских отношений на новом уровне» предлагается недирективным образом и может осуществляться по желанию супругов отсрочено во время поддерживающих встреч с ними.

Обобщим характеристики супругов из браков МСАЗ с различными типами семейной динамики. В таблице 3.6 приведены особенности МСАЗ и его супруги из брака с ПЗСС.

**Таблица 3.6**

**Характеристика супругов из браков МСАЗ с ПЗСС**

<b>Мужья</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
- большая частота угрызений совести и долго переживаемой вины
<b>Экспериментально-психологические характеристики</b>
- склонность к внешнеобвиняющим реакциям
<b>Наркологические и терапевтические характеристики</b>
- более раннее начало злоупотребления алкоголем и формирование алкогольного абстинентного синдрома; - ремиссии дольше, чем у пациентов из браков с ВОСС и короче, чем у пациентов из браков с ПОСС; - меньшее количество ранних срывов, чем у мужчин из браков с ВОСС; - редкое начало употребления алкоголя на фоне проведённого лечения.
<b>Супруги</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
- высокие показатели суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии; - преимущественно внутрисемейные причины парасуицидов; - склонны к долго переживаемому чувству вины и частым угрызениям совести; - часто становятся жертвами семейного насилия.
<b>Экспериментально-психологические и созависимая характеристики</b>
- высокая интрапунитивность; - сокрытие зависимости супруга и перманентные попытки его «спасения»; - убеждённость, что муж обязательно пропадёт без неё; - создание видимости «идеальной» семьи

В таблице 3.7 приведены характеристики МСАЗ и его супруги из браков с ПОСС.

**Таблица 3.7**

**Характеристика супругов из браков МСАЗ с ПОСС**

<b>Мужья</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
- показатели соответствуют средним в обследованной популяции.
<b>Наркологические и терапевтические характеристики</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие высокопрогредиентного течения;</li> <li>- более низкая толерантность к алкоголю;</li> <li>- более позднее формирование алкогольного абстинентного синдрома;</li> <li>- редкое употребление суррогатов алкоголя;</li> <li>- длительный срок терапевтических ремиссий и частота продления программы.</li> </ul>
<b>Супруги</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- достоверно низкое количество аутоагрессивных паттернов и их предикторов;</li> <li>- показатели сопоставимы с таковыми в группе женщин из браков без алкогольной зависимости у супруга.</li> </ul>
<b>Экспериментально-психологические и созависимая характеристики</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие физического насилия в браке;</li> <li>- низкий уровень интрапунитивности;</li> <li>- отсутствие склонности «держать неприятности в себе».</li> </ul>

В таблице 3.8 приведены характеристики МСАЗ и его супруги из браков с ВОСС.

**Таблица 3.8**

**Описательная характеристика супругов из браков МСАЗ с ВОСС**

<b>Мужья</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
- высокая частота обнаружения аутоагрессивных паттернов в добрачный период.
<b>Наркологические и терапевтические характеристики</b>
- наименьшая продолжительность ремиссий; - частые возобновления употребления алкоголя на фоне лечения; - выбор коротких сроков терапевтического воздействия; - частота «раскодирования» перед «срывом».
<b>Супруги</b>
<b>Особенности аутоагрессивной характеристики</b>
- частота обнаружения аутоагрессивных паттернов выше, чем в группе жён из браков с ПОСС, и сопоставима с таковой у жён из браков с ПЗСС; - попытки суицидов связаны преимущественно с внешними обстоятельствами; - частота одиночества.
<b>Экспериментально-психологические и созависимая характеристики</b>
- лёгкостью выражения гнева и раздражения; - сохранения брака из-за внешних причин.

### **Часть третья. Эпискрипт в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью**

Предложенная выше клиническая семейная типология охватила в нашем исследовании большинство изученных браков (96,8%). Однако четыре семьи (3,2%) выглядели клинически обособлено. Подробный анализ психодинамических семейных особенностей и динамики наркологических и аутоагрессивных проявлений позволил отнести данные браки к семейной модели с использованием механизма эпискрипта. Данный термин впервые был использован в рамках транзактного анализа [189]. Феномен эпискрипта знаком практически всем с детства, так как он находит свое отображение во многих мифах, сказаниях, произведениях художественной литературы [137]. В фольклоре большинства народов есть сказки, описывающие то, как герой был проклят недоброжелательным «духом» в раннем детстве по причинам, часто связанным с его происхождением или обстоятельствами рождения. Проклятье должно реализоваться через много лет, если только каким-то особым образом герой не уклонится от ужасной судьбы или не перенесет неизбежное на кого-либо, часто близкого, человека. Также все жертвоприношения основаны на вере в то, что первоначальный объект судьбы может быть пощажён, если опасные последствия судьбы или проклятья могут быть перенаправлены на кого-то еще. Таким образом, эпискрипт представляет собой некое деструктивное психическое образование на предсознательном уровне (результат негативного родительского программирования), основанное на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту [137, 189]. Отмечено, что существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от него. Обычно это связано с «трансляцией» своего сценария подходящему реципиенту для эпискрипта (обычно это человек с подвижным недеструктивным сценарием, находящийся в позиции «Я - не ОК, все - ОК»). Вероятно, в ряде случаев этап «переданного сценария» может длиться очень долго, вплоть до гибели реципиента либо до момента возвращения эпискрипта первоначальному владельцу деструктивного сценария или иному акцептору. В своей практической работе нам неоднократно встречались случаи, когда женщина, не имевшая до брака никаких указаний на наличие у нее аутодеструктивных стилей поведения, спустя какое-то время после вступления в брак с МСАЗ начинает демонстрировать аутоагрессивные паттерны поведения (что, на первый взгляд, можно было расценить как реак-

цию на аддикцию супруга и связанные с этим проблемы). Однако на этом фоне супруг, имевший аутоагрессивные паттерны до этого момента, становится более «благополучным»: у него снижается интенсивность и выраженность антивитальных проявлений, нередко меняется клиническое течение алкогольной зависимости в положительную сторону. Это продолжается до тех пор, пока акцептор эпискрипта, в данном случае супруга, «полноценно» выполняет свою функцию «страдания за кого-то». В этом контексте нас в большей мере интересовала внутрисемейная динамика наиболее фатальных моментов сценария, а именно установок на саморазрушение, как в наиболее классическом варианте (суициды и парасуициды), так и в более широком (несуицидальные формы аутоагрессии).

С помощью сценарного опросника и интервью для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [83, 167] нами было обнаружено, что у 49,6% жён МСАЗ (62 человека), встретились явные указания на присутствие у них деструктивного родительского сценария (послания «Не существуй»), а у 20,8% (26 человек) это послание было ведущим. Можно было предположить, что именно эти женщины будут являться вероятными носителями классических аутоагрессивных модусов поведения (суицидальные попытки и мысли в анамнезе), которые были обнаружены у 28,8% респонденток (36 жен МСАЗ). Однако у 25% из них (девять женщин) не было обнаружено деструктивных психологических конструктов. При дальнейшем анализе этих семейных пар (подробное изучение анамнеза, индивидуальной и внутрисемейной динамики саморазрушающих паттернов поведения, наркологических характеристик) в четырёх случаях были обнаружены указания на присутствие механизма эпискрипта. Данный факт, несмотря на кажущуюся редкость и казуистичность, послужил поводом для настоящей работы, поскольку рассматриваемый вариант семейной динамики подразумевает специфические терапевтические и профилактические мероприятия суицидологического плана, а также максимально дифференцированный подход к коррекции зависимого и созависимого состояний. Для иллюстрации предлагаем Вашему вниманию клинические наблюдения, встретившиеся в нашей практике. В этих примерах имеются четкий ретро- и проспективный компонент наблюдения и элемент завершенности сценарных процессов, имел место элемент возврата эпискрипта («феномен бумеранга»), что делает их наиболее показательными. Еще раз подчеркнем, что все описанные семейные пары радикально не вписывались в общую картину «алкогольного»



брака и при детальном, целенаправленном изучении параллельных анамнезов (акцент делался на наркологической и суицидологической составляющей) членов семьи обнаруживались любопытные особенности, отраженные в предлагаемых ниже клинических примерах. Наиболее типичный, «одноуровневый» пример развития семейной системы с использованием модели эпискрипта отражен в следующем клиническом наблюдении.

Пациент А., 35 лет, диагноз: хронический алкоголизм, II стадия, псевдозапойный тип. Длительность семейной жизни А. составила десять лет, брак единственный, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода. А. злоупотреблял спиртными напитками с 17 лет, похмельный синдром сформирован с 21-22 лет. То есть, при вступлении в брачные отношения пациент уже имел клинику алкогольной болезни. Алкогольный аутоагрессивный анамнез А. крайне интересен. В 20 лет на фоне алкогольного отравления А. пытался выброситься из окна четвёртого этажа, так как «обиделся на родителей, и они будут рады, если его не станет». Годом позже неоднократно наносил себе самопорезы в области локтевого сгиба и предплечья «просто так», дважды из-за этого был госпитализирован. В пьяном состоянии становился агрессивным, провоцировал драки, в результате чего многократно подвергался избиениям, часто с получением черепно-мозговых травм. В армии не служил по причине наличия у него язвенной болезни желудка, которая обостряется после значительных алкогольных эксцессов. За одну неделю до свадьбы, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, перевернулся на грузовой машине (сам был за рулём). Женился со сломанной рукой. Накануне бракосочетания обещал будущей супруге больше никогда не употреблять спиртных напитков. Слово держал ровно три дня.

Супруга больного А., - В., 36 лет. Выросла в «непьющей семье». Росла всегда здоровой, скромной, «серой мышкой». Со всеми ладила. До брака никогда не имела суицидальных мыслей, «даже предположить такого не могла». Долгое время не могла выйти замуж, так как «никто по-настоящему хорошо к ней не относился». В лице будущего мужа встретила мужчину, который «может ее понять и защитить», но «немного пьющего». Решение алкогольных проблем будущего мужа видела как основную для себя задачу. В течение первого года семейной жизни алкоголизация мужа носила прежний деструктивный характер. Через два месяца после свадьбы муж отравился «некачественной водкой», две недели по этой причине находился в больнице в тяжёлом состоянии, обещал «завязать» с алкоголем, однако возобновил приём

спиртных напитков через неделю после выписки из стационара. Через полгода семейной жизни стал часто высказывать идеи необоснованной ревности, на фоне опьянения неоднократно угрожал самоубийством, «если жена не изменит к нему отношение», но до реализации суицидальных высказываний дело не доходило. Весь этот год супруга больного А. боролась за здоровье мужа, чувствовала прилив энергии, оптимизм, была уверена, что муж вот-вот исправится. Но, по словам В., внезапно произошёл какой-то надлом - «отчаялась», «поняла, что борьба за мужа проиграна». На этом фоне впервые возникла мысль о насильственном уходе из жизни. Испытывая выраженные депрессивные переживания, В. выпила большое количество различных таблеток. Однако, в какой-то момент «поняла, что сделала глупость» и вызвала у себя рвоту. В последующие 2-3 месяца чувствовала себя все хуже, «вынуждена была» обратиться к врачам. При обследовании обнаружены пиелонефрит в стадии обострения, аднексит, цистит. Длительное время лечилась у различных специалистов, но улучшения были только временные, «стала в поликлинике своим человеком». Чтобы «успокоить нервы», стала периодически курить. За время брачной жизни у В. четыре раза были выкидыши на ранних стадиях беременности, в 30 лет возникла внематочная беременность, по поводу чего В. была прооперирована. За последние восемь лет брачной жизни неоднократно возникали суицидальные мысли, считала, что жизнь не удалась и какая-либо перспектива отсутствует. Тем не менее, как отмечает сама В., «дела у мужа поправились», и, что любопытно, это улучшение практически совпало с моментом «надлома» жены. А. резко сократил частоту своих выпивок, возникавшие запои продолжались максимум 2-3 дня (ранее их продолжительность редко была менее 1-1,5 недель). Как отмечает сам пациент, «стал думать о себе, пугала перспектива умереть пьяным». А. устроился на более высокооплачиваемую работу, помогал односельчанам «строиться», приобрёл автомобиль и т.д. Суицидальных мыслей в последние 7-8 лет семейной жизни не отмечал, считал, что это «было по молодости» и «все прошло». Стал заниматься своим здоровьем, регулярно ходил в баню, зимой купался в проруби - «совсем не болел, закалился». Считал свою супругу «очень болезненной и неуравновешенной женщиной, которая постоянно нуждалась в его заботе и помощи», что постоянно тяготило А. Помимо этого, испытывал переживания по поводу бездетности супруги, что и послужило поводом к разводу, где А. выступил в качестве инициатора.

После развода В. «как бы ожила», «груз с плеч свалился». Стала намного лучше себя чувствовать, реже возникали обострения имеющихся соматических заболеваний. Через один год повторно вышла

замуж за человека на восемь лет старше ее, алкоголем не злоупотребляющего.

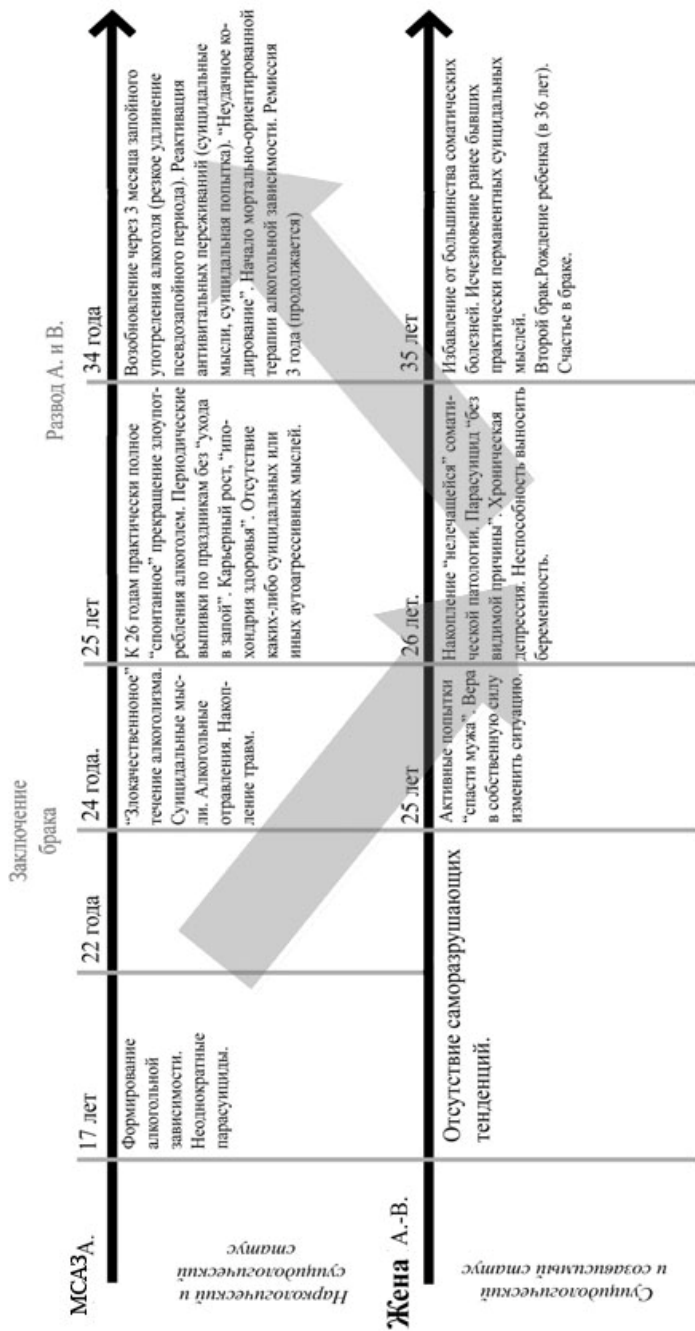
По имеющимся данным у В. быстро наступила беременность, закончившаяся рождением здорового ребёнка, браком довольна, считает себя счастливым человеком. А. после развода не употреблял алкогольных напитков на протяжении трёх месяцев, однако «сорвался» и возник самый продолжительный запойный период, длившийся более двух месяцев. На этом фоне вновь отчётливо возникли суицидальные тенденции, считал себя «во всем виноватым», человеком, прожившим жизнь зря. Будучи в состоянии алкогольного опьянения пытался повеситься на рабочем месте, из петли вытащили сослуживцы. Через полгода был уволен с работы «за пьянство», стал жить у родителей, максимальный нетерапевтический светлый промежуток в последующий год не превышал двух недель. Некоторое время спустя, обратился за терапевтической помощью по поводу лечения алкогольной зависимости. При работе с А. было диагностировано наличие деструктивного сценарного решения «Не жить», что и было использовано в комплексной терапии зависимости.

На предлагаемом ниже рисунке 3.2. отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

Данный пример является наглядной и наиболее «прозрачной» иллюстрацией реализации «одноуровневого» эпискрипта в семье МСАЗ. В результате трансляции эпискрипта происходит избавление пациента от его деструктивного сценария, так как определен человек, готовый за него «нести его крест». Данный вариант скорее всего является не таким уж редким явлением, поскольку имеет место гиподиагностика подобных состояний в клинической практике (в связи с недостаточной разработанностью тематики).

Безусловно, акцептором эпискрипта может становиться не только супруга больного, но и любой другой член семьи. Более того, движение эпискрипта в ряде случаев имеет гораздо более сложный «многоуровневый» характер, что продемонстрировано в следующем клиническом наблюдении.

Больной Б., 47 лет, разнорабочий, ранее инженер-технолог. Находился на амбулаторном наблюдении с 1998 по 2008 гг. Диагноз: до 2007 года - алкогольная зависимость II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем; с середины 2007 года - алкогольная зависимость III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия.



**Рис. 3.2.** Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении (акцептор эпикрипта - супруга пациента).

Анамнестические сведения: отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Раннее развитие без особенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Всегда переживал из-за того, что мать его любит не так сильно, как других детей. С успехом окончил школу, учился значительно лучше братьев, единственный поступил в институт и с успехом его закончил. Женится поздно, в 30 лет на женщине с ребенком десяти лет (в принципе, больше ни с кем не встречался, так как всегда «не был уверен в себе и никому не был нужен»). Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез: Б. первый раз попробовал спиртное в 22 года, злоупотреблять спиртными напитками начал с 26 лет, что связывает с влиянием коллектива, похмельный синдром сформировался к 31 году. Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными сомато-неврологическими и психическими компонентами. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 гр. водки, социально-этический контроль резко снижен. Клинически в течении развития алкогольной болезни можно выделить несколько этапов. Первый, или добрачный этап, характеризовал в основном развитие I стадии болезни (26-30 лет) - отмечалось практически ежедневное принятие спиртного в кругу сослуживцев, толерантность достигала 0,5 литров водки, не похмелялся, однако к 29-30 годам заметил отчетливую тягу к спиртному. После вступления в брак не пил порядка четырех месяцев, затем начал пить по 5-7 дней, появился четкий похмельный синдром. В похмельном синдроме был больше представлен психический компонент. Толерантность достигла 1,25 литра в пересчете на водку. Светлые промежутки составляли не более 25-30 дней, в момент запоев не выходил на работу на режимное предприятие, неоднократно имел взыскания, однако руководство не увольняло «ценного сотрудника». Достаточно часто на фоне похмелья возникали мысли о собственной ничтожности, бессмысленности существования, неоднократно обдумывал способ ухода из жизни, и в 1993 году совершил попытку самоповешения находясь в состоянии легкого алкогольного опьянения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Многократно употреблял различные суррогаты алкоголя, весьма опасные для жизни, которые находил на производстве. Данный период длился до возраста 32 лет.

Третий период, продлившийся с 32 до 35 лет, характеризуется «спонтанным» улучшением течения алкоголизма. Запой стали возникать в среднем раз в три месяца, длились не более двух дней. Толерантность не более 0,75 литров водки. С этим периодом связан и основной производственный рост - занял пост начальника большого подразделения завода. Четвертый этап (возраст 36-38 лет) - спонтанное, без лечения полное прекращение употребления алкоголя. Этот период пришелся на 1998 год, когда он обратился к наркологу по поводу лечения приемного сына от героиновой зависимости, которое было начато и продолжалось порядка года. После успешного лечения сына, прекратившего употребление ПАВ и поступления его в ВУЗ, для Б. начался пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова начал принимать алкогольные напитки и клинически этот период был очень похож на третий (короткие, редкие запои; средняя толерантность; длительные светлые промежутки; отсутствие социального снижения), однако впервые стал агрессивным в отношении супруги, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 года, когда супруга подала на развод и развелась с ним. Шестой этап (послеразводный) - часть 2007 и 2008 год. Диагноз - алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, постоянный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия (диагноз выставлен при осмотре врачом наркологом в реанимационном отделении, после отравления неизвестной спиртосодержащей жидкостью). С работы «сократили» в начале 2007 года, с тех пор пил практически каждый день, жил один в родительском доме. Толерантность до 0,5 литров в пересчете на водку, пил преимущественно крепленые вина и самогон. Не следил за собой. Периодически подрабатывал разнорабочим на оптовой базе. Многократно угрожал бывшей жене и тете суицидом, который впоследствии совершил в 2008 году (самоповешение). В суицидальной записке содержалась одна просьба - сжечь его после смерти, адресована, кстати, к умершей за два года до этого матери.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Работает по специальности. Наблюдалась амбулаторно с 1998 по 2006 год по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 по МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына.

Анамнестические сведения: единственный ребенок в семье. Отец злоупотребляет алкоголем, инвалид первой группы после перенесенного инсульта. Родилась недоношенной. Росла тихой и болезненной. Отец очень строго относился к дочери. Будучи пьяным, избивал мать и выгонял их на улицу, часто ночевали у соседей. Школьные годы без особенностей, была сверхответственная. С успехом окончила институт. В институте вышла замуж, так как забеременела. В браке прожила 1,5 года, затем брак распался из-за «пьяных гулянок мужа», думала, что замуж больше не выйдет. Однако в 29 лет на предприятии встретила Б., с которым через полгода оформили брачные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее, в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После брака, действительно, муж почти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольного ада», муж пил длительными запоями, постоянно прогуливал ответственную работу, «попросту спивался», постоянно высказывал суицидальные мысли и совершил одну суицидальную попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». Трижды пыталась лечить мужа («кодирование», «подшивание»), длительность ремиссий не превышала 1-3 месяцев. Однако все это время чувствовало «прилив сил», своей особенной значимости для мужа, готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез: до второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. После проблем с алкоголем первого мужа дала себе зарок близко не подходить к пьющим мужчинам. Как так получилось, что второй муж тоже оказался больным алкоголизмом, рационально объяснить затрудняется, «была уверена, что они разные». Крайне негативно относилась к самой идее насильственного ухода из жизни, так как в школе старшеклассница покончила с собой, вызвав у М. «бурю непонимания».

После суицидальной попытки мужа (1993 год), которая последовала спустя один месяц после очередного «кодирования», впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность. В это же время впервые «ниоткуда» возникли отчетливые суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя, однако чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын. Последующие 3-4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, начала курить (хотя раньше крайне негативно относилась к этому). Подруги говорили, что ее подменили.

Стала постоянной клиенткой поликлиники (часто обостряющийся пиелонефрит, стенокардия, мелкоузловой зоб щитовидной железы, синдром раздраженной толстой кишки). Часто фантазировала на темы собственной смерти, подавляющее время была тоскливой, подавленной. Минимум трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала. Стала «обузой» для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 году после психотравмирующей ситуации на службе и ссоры с мужем выпила горсть разных таблеток, спустя 15 минут началась самопроизвольная рвота, что спасло ей жизнь. Суицидальную попытку от мужа и сына утаила, пообещав себе впредь никогда ничего подобного не совершать, однако мысли о том, что возможно было бы лучше тогда умереть периодически возникали. Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е. 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 по июнь 1999 года с диагнозом героиновая наркомания, когда ему было 17-18 лет.

Анамнестические сведения: родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Раннее развитие без особенностей. Рос тихим, безынициативным и подчиняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял в «штыки», долго не мог поладить с отчимом. Особенного его раздражала его привычка «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем суицида отчима, когда его спас сосед, вытащив из петли. Любил читать, особенно приключенческую литературу. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей, вдруг стала вся «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызывало у него обиду и злость на отчима «от которого все и произошло». Стал чаще проводить время в дворовой компании.

Наркологический анамнез: в 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. Но старался не появляться дома с запахом сигарет или спиртного, чтобы не расстроить мать. К наркотикам, тем не менее, в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «травку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит тот день, когда первый раз попробовал героин. Отчим накричал



на мать, говорил, что она «больная вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отца. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через три месяца регулярно употреблял героин. Спустя два месяца про это узнали родители (рассказал сам – зло отчиму).

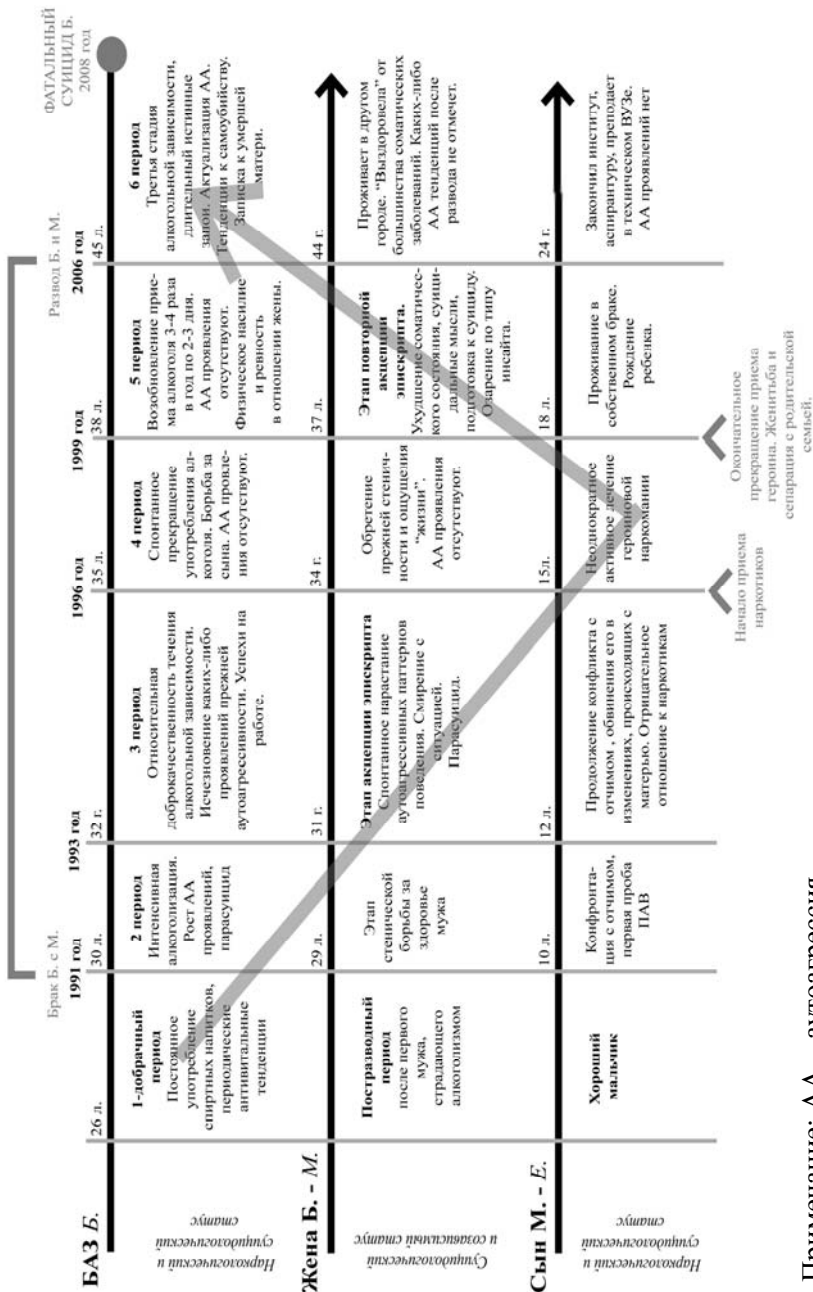
Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана: этот период (с 15,5 лет подростка до 18) характеризуется постоянной борьбой с болезнью родителями при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной» по его словам компании (где были несколько человек ВИЧ-инфицированы). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивитальных паттернов поведения не демонстрировал. В это время значительно поменялись оба родителя. Для отца этот период соответствовал четвертому периоду его алкогольного анамнеза (спонтанное, длительное прекращение употребление алкоголя), все силы посвящал попыткам лечения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стеничной и гиперзаботящейся. Неоднократно обращались за наркологической помощью, однако обычно дело дальше детоксикации не шло.

Характерно, что, несмотря на очевидные неудачи в лечении, ни Б., ни М., за это время не отмечали каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 году. Е. с этого времени воздерживается от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), запои носили короткий характер (до 2-3 дней), пил «только качественные спиртные напитки», светлые промежутки достигали 2,5 месяцев. Нетрезвый был агрессивен в отношении жены, часто бил ее, стал беспредметно ревновать. Супруга

период с 1999 по 2004 характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появления суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервала отношения с отчимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, чем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 году после очередной ссоры с пьяным мужем, решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих размышлений М. впервые пришла к мысли развестись с мужем. Через два дня М. подала заявление на развод, чем спровоцировала 2-месячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, знает про его судьбу от бывших соседей. За два последующих года «впервые занялась собой», периодически приезжала на поддерживающие сессии, чувствовала себя впервые за много лет счастливой. Практически перестала болеть, «болезни вдруг стали вылечиваться», суицидальных мыслей не отмечает. Появились новые знакомые, последние три месяца до последней сессии начала встречаться с мужчиной, но «без серьезных намерений», с ее слов, ее избранник – первый из ее мужчин, кто не имеет проблем с алкоголем (при этом часто в разговоре вспоминает сценарные мотивы своего прежнего поведения). Б. после развода начал интенсивно пить, затем последовало увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (что соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В середине 2008 Б. самостоятельно обратился за наркологической помощью. Однако спустя два дня заявил, что лечиться не будет и справится сам, так как «все понял», на приеме был трезвый. В конце 2008 года Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой.

На предлагаемом ниже рисунке 3.3. отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

В приведенном примере описан вариант многоуровневой передачи эпискрипта, который хорошо прослеживается во временном континууме. Первый этап передачи деструктивного сценария происходит от мужа супруге. На следующем этапе следует вторичная передача деструктивных установок сыну.



Примечание: АА – аутоагрессия.

**Рис. 3.3.** Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении (акцептор эпискрипта - супруга и сын пациента).

Дети по данным F. English (1969) достаточно часто выступают реципиентами для родительского сценария, этот факт интуитивно знаком большинству детских психиатров и психотерапевтов. В нашем примере сын, являющийся вторичным реципиентом эпискрипта, был идентифицирован как героиновый наркоман (носитель первичной аддикции). Однако после удачного лечения наркомании Е. на уровне работы со сценарными механизмами поведения, закончившегося приятием нового решения «Жить», начинается обратное движение «локомотива» саморазрушения: сначала обратно к матери, а затем к страдающему алкогольной зависимостью отчиму. Можно сказать, что пущенный бумеранг вернулся владельцу. Сама English F. (1969) описывала эпискрипт как игру в горячую картошку, которую игроки перебрасывают из рук в руки, чтобы не обжечься. Последний пример еще более необычен. Если традиционно для «алкогольного» брака сам МСАЗ выступает в роли главного патологизирующего субъекта, то в данном случае передача деструктивного сценария исходит от «созависимой» супруги, по сути, создающей и формирующей мужа - акцептора эпискрипта.

Больной С., 38 лет, по профессии врач-гинеколог. Находился на амбулаторном наблюдении с 2003 по 2007 гг. Диагноз: алкогольная зависимость II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. Анамнестические сведения: никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, второй ребенок в семье. Мать характеризует как властную, «главную в семье», отца – как спокойного «подкаблучника». С успехом закончил школу, затем институт. По характеру всегда был спокойным, «скорее нерешительным». Женился сразу после института на однокурнице, которая в дальнейшем по поводу женитьбы заявляла: «Я просто выбрала его, иначе он бы с такой матерью никогда не женился...». Отношения через полгода стали конфликтными, супруга стала проводить много времени со своими подругами, неоднократно изменяла мужу. Долгое время не могла забеременеть (три года), первая и единственная беременность закончилась выкидышем на раннем сроке.

В результате С. стал все более отдаляться, у него появилась «мужская компания», стал часто выпивать, чтобы расслабиться и забыть, периодически не стал ночевать дома. В 35 лет подал на развод с женой, так как жизнь с ней стала «совершенно невыносима». В настоящее время женат второй раз, в браке счастлив, имеет от брака близнецов.

Наркологический и суицидологический анамнез: С. первый раз попробовал спиртное в 19 лет в институте, эффект алкоголя крайне не

понравился, поэтому впоследствии алкоголь употреблял только «по праздникам», сторонился пьющих компаний, увлекался спортом. После трех лет брака «стал искать понимания вне семьи, так как семейная жизнь оказалась кошмаром», постепенно нашлась компания, в которой начал более-менее регулярно употреблять спиртные напитки, регулярно стал злоупотреблять алкоголем примерно через год после этого, спустя еще год появился четкий похмельный синдром (возраст - 28 лет). Похмельный синдром носил развернутый характер с выраженными соматоневрологическими явлениями. Периодически употреблял различные суррогаты алкоголя. Появилась алкоголь-ассоциированная соматическая патология (язвенная болезнь 12-перстной кишки, гипертоническая болезнь, «какие-то проблемы с печенью и поджелудочной железой»). За последующие три года неоднократно обращался за наркологической помощью по инициативе жены (хотя она алкоголиком его не считала). Однако срок терапевтических ремиссий не превышал двух месяцев. Расценивал свою жизнь, включая семейную, как неудавшуюся. Отмечал периодические пассивные суицидальные мысли. Заметил, что состояние и поведение жены после того как он стал «серьезно» выпивать изменилось (она стала более заботливая, менее вспыльчивая, больше времени уделяла мужу). В возрасте 34 лет прошел антиалкогольное лечение, последовала ремиссия сроком три года (срок лечебного воздействия – три года), после чего «на всякий случай» продлил срок лечебной программы на 15 лет.

Супруга в лечении принимать участие отказалась, считая, что у мужа «просто глупость, а не болезнь», несмотря на неоднократные просьбы терапевта и собственные профессиональные знания. Спустя полгода жена стала явно провоцировать мужа выпить (отметил это сам), стала агрессивной, вспыльчивой, сама стала часто выпивать в компании подруг и устраивать мужу скандалы в состоянии опьянения, что послужило формальной причиной развода.

Т., бывшая супруга С., по профессии врач. Покончила жизнь самоубийством в возрасте 35 лет. Анамнестические сведения и суицидологический анамнез: отец злоупотреблял алкоголем, умер в 50 лет от печеночной недостаточности. Раннее развитие без особенностей, росла импульсивной, «скандальной», но школу окончила с отличием. Еще в седьмом классе начала курить, алкоголь попробовала тогда же. В возраст

те 15-лет была попытка изнасилования взрослым мужчиной. Успешно окончила медицинский институт, приобрела специальность врача-психиатра.

До брака с С. неоднократно пыталась покончить жизнь самоубийством (две попытки самоотравления «из-за неудавшейся любви» – в 17 и 21 год, одна «из-за несданного экзамена в институте» – резала вены). Сама утверждала, что все попытки носили демонстративно-шантажный характер. После замужества «тихий период» длился полгода, после чего поняла, что с мужем ее мало что связывает, очень хотела забеременеть, «чтобы была нормальная семья», но в течении трех лет беременность не возникала. Стала основное время проводить с институтскими подругами, часто выпивали. Мужу верность не хранила. После очередного конфликта (по поводу собственного поведения в состоянии алкогольного опьянения) пыталась отравиться димедролом (выпила 50 таблеток), сама спустя 5 минут промыла желудок. Свое парасуицидальное поведение расценивала «как истерию в чистом виде, осложненную бытовым пьянством». После того, как у мужа появились «проблемы» со спиртным, активно в течение последующих семи лет пыталась «помочь» ему справиться с проблемой, хотя больным его фактически не считала, была уверена, что он излишне ипохондричный, а врачи «гипердиагносты и она сама лучше знает».

В этот период семейной жизни отмечает в целом улучшение отношений, лучшее понимание с мужем, чувство наполненности жизни. Практически прекратила сама употребление алкоголя, каких-либо суицидальных тенденций не отмечала, утверждала, что это пережитки молодости, и она «прошла это время». Была успешна в профессиональной деятельности, много занималась общественной работой.

При начале терапии мужа (2003 г.) отказалась от участия в супружеском варианте терапии, заняла крайне пассивную позицию. Связывала это с географической удаленностью и «непониманием метода и смысла терапии» при формально очень высоком уровне интеллекта и уровня профессиональных знаний. После полугода успешной и гармоничной ремиссии у мужа поведение Т. изменилось: стала раздражительная, возобновились скандалы, заметно чаще устраивала праздники с обязательным приемом алкоголя. Открыто смеялась над трезвой жизнью мужа, предлагала выпить, так как «все равно когда-нибудь напьешься», в

нетрезвом виде оскорбляла его. Все его просьбы о терапии в рамках лечения созависимого состояния отвергала.

С. спустя год подал заявление на развод, однако Т. была абсолютно уверена, что муж от нее никуда не уйдет. Развод у Т. вызвал, со слов мужа, шок и непонимание, была уверена, что скоро этот «фарс» закончится. Спустя год после развода покончила с собой (повесилась) находясь в алкогольном опьянении, записки не оставила (информация получена со слов матери Т.).

На предлагаемом ниже рисунке 3.4 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

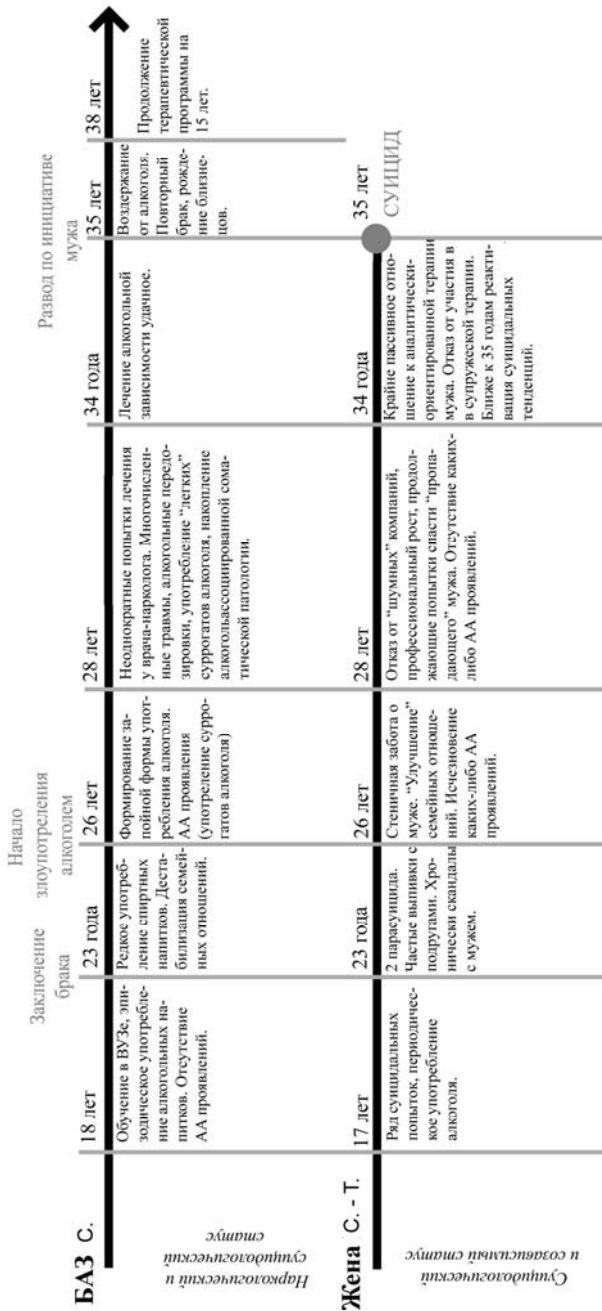
Данный пример в большей степени показывает возможность алкоголизма становиться орудием акцепции деструктивного эпискрипта, а так же генетическую связь алкогольной зависимости как орудия саморазрушения с феноменом аутодеструкции вообще.

Во всех приведенных наблюдениях отчетливо можно проследить этапы передачи деструктивных сценарных конструктов (эпискрипта): первичное носительство саморазрушающего сценария жизни; его передача с ощущением «облегчения»; акцепцию эпискрипта; реализация инкорпорированной деструктивной программы реципиентом; возвращение эпискрипта первичному носителю (последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой скорее исключение из правил). Нам представляется, что реципиент часто забирает эпискрипт «навсегда», реализуя его до финальной черты В ряде случаев имеет место активный поиск потенциальным акцептором донора сценария. При этом реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно, занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «за спасение», являя собой извращенное понимание основной христианской доктрины. Подобные случаи часто не рассматриваются как возможный вариант эпискрипта, и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица, впоследствии оно остается безоружным перед возвратившимся деструктивным сценарием.

Таким образом, одним из вариантов динамики семейной системы в браках МСАЗ, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпискрипт-модель. Можно выделить существование как минимум двух вариантов эпискрипт-модели в алкогольных браках: с

элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без таковой. Идентификация эпискрипта является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады, в том числе, в отношении аутоагрессивных модусов поведения. Важным моментом при смертельно-ориентированной терапии является дифференциальный диагноз между состояниями, когда МСАЗ, или/и его жена имеют собственный деструктивный сценарий и когда деструктивный сценарий в результате эпискрипта передан другим супругом, что имеет принципиальное значение при выборе терапевтических подходов.





Примечание: АА – аутоагрессия.

**Рис. 3.4.** Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении (акцелтор эпикрипта - мужчина, страдающий алкогольной зависимостью).

## ГЛАВА 4

### СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ И НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ, ВЫРОСШИХ В СЕМЬЯХ, ГДЕ РОДИТЕЛЬ СТРАДАЛ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Особое внимание исследователей в последнее время привлекают дети, выросшие в семьях, где в первом или втором поколении были больные алкогольной зависимостью [94, 198, 208]. Считается, что люди, выросшие в таких семьях, по определению являются созависимыми и на протяжении всей жизни «носят психологический груз», полученный в детстве [94]. Детей, выросших в семьях, где родитель/ли, страдали алкогольной зависимостью, называют «скрытыми трагедиями», «игнорируемыми миллионами», «покинутыми жертвами». В литературе встречаются единичные работы, касающиеся суицидального поведения взрослых людей или подростков, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, причём характер работ носит констатирующий характер и касается завершённых самоубийств [118, 251].

Указывается, что среди детей и подростков, покочивших с собой, более трети имели родителей, страдающих различными психическими расстройствами, в структуре которых превалировала алкогольная зависимость [118]. Следует отметить, что по мере увеличения среднего возраста популяционного среза доля ВДА в нем уменьшается, что отражает их меньшую продолжительность жизни [251].

Таким образом, с учётом имеющихся данных о частоте встречаемости алкогольной болезни у родителей людей, погибших в результате самоубийства, мы взглянули на эту проблему с обратной стороны, то есть, изучили представленность факторов, имеющих отношение к саморазрушающему поведению, соответственно, у живых взрослых детей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Для ответа на поставленные вопросы было обследовано 90 девушек и 40 молодых людей без брачного опыта, выросших в семьях, где один из родителей страдал алкогольной зависимостью. Возраст молодых людей находился в диапазоне 19-24 лет. 46 девушек и 19 молодых мужчин из этих групп были детьми из обследованных нами семей МСАЗ.

Остальные респонденты, вошедшие в эти группы, набраны при сплошном исследовании студентов пятого курса медицинского ВУЗа. Средний возраст молодых людей, воспитанных в семьях, где один из родителей страдал алкогольной зависимостью, составил в группе

юношей  $21,4 \pm 2,2$  года, в группе девушек  $20,5 \pm 1,5$  года. Все обследованные молодые люди имели позитивное отношение к перспективе брака.

В качестве контрольных групп были использованы 50 молодых людей и 175 девушек в возрасте 19-24 лет, без признаков алкогольной зависимости и опыта брачной жизни, выросших в семьях, где родители не имели алкогольной зависимости.

Данные группы молодых людей (юноши и девушки) являлись оставшейся частью выше обозначенного студенческого массива. Средний возраст составил в группе молодых неженатых мужчин -  $21,4 \pm 1,7$  года, в группе молодых незамужних женщин -  $20,6 \pm 1,1$ . Все обследованные молодые люди имели позитивное отношение к перспективе вступления в брачные отношения в будущем.

Суицидологические и наркологические характеристики юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Основные суицидологические и личностно-психологические характеристики юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, отличающие их от юношей из семей, где родители не имели проблем с алкоголем, приведены в таблице 4.1.

Прежде всего, отметим отличия между группами, касающиеся суицидальных типов реагирования - суицидальных попыток и мыслей, которые значительно чаще встречаются в исследованной группе юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Также юношей из данных семей характеризует большее количество у них важнейших предикторов суицидального поведения, таких как одиночество, безысходность, отсутствие смысла жизни, наличие суицидов у родственников. У них достоверно чаще встречаются такие паттерны аутоагрессивного поведения как нанесение себе самоповреждений, эпизоды приёма психоактивных веществ, неоправданный риск. Все это в целом характеризует юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, как гораздо более аутодеструктивную группу в отношении прямых суицидальных реакций и несуйцидальных форм реализации аутоагрессивного потенциала, что подтверждается высокими значениями КПСН и КПСН за последние два года в изучаемой группе юношей.

Отметим отдельные личностно-психологические характеристики, свойственные юношам из семей, где родитель имел алкогольную зависимость.

Таблице 4.1

Суицидологические и личностно-психологические характеристики юношей, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с  $p < 0,05$ )

Признак	Юноши, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью	Юноши, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью
<b>Аутоагрессивные паттерны и их предикторы</b>		
Суицидальная попытка в анамнезе	16,1%	0%
Суицидальные мысли в анамнезе	32,3%	4,0%
Суицидальная попытка родственника	12,9%	2,0%
Моменты острого одиночества	61,3%	26,0%
Моменты безысходности	45,2%	22,0%
Отсутствие смысла жизни	22,6%	6,0%
Нанесение себе самоповреждений	32,3%	8,0%
Употребление наркотических веществ	32,3%	14,0%
Склонность к неоправданному риску	51,6%	24,0%
Наличие термической патологии	22,6%	6,0%
КПСН	3,0±2,6	1,2±1,1
КПСН за последние два года	1,5±1,2	0,8±0,8
<b>Психологические характеристики</b>		
Шкала Mini-Mult Pt (7)	5,3±3,2	3,9±2,9
Защитный психологический механизм «Замещение»	4,3±2,0	2,7±2,4
AX/IN (направленность гнева на себя)	15,4±5,1	11,6±2,8
AX/OUT (направленность гнева во-вне)	15,2±3,1	13,2±2,9

Высокие показатели шкалы Mini-Mult Pt (7), говорящие о преобладании в группе психастенических черт характера (высокая тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения), в целом совпадают с характеристиками «ВДА», приводимыми в литературе [90, 126, 177, 208]. Обращает на себя внимание частота использования такого защитного психологического механизма, как замещение (смещение), суть которого заключается в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Этот механизм является логичной мерой совладания с внутрисемейной ситуацией в семьях МСАЗ, где очень часто вербальная и невербальная агрессия направляется на ребёнка, не способного ей противостоять [126]. Отметим также, что значения коэффициентов, отражающих направленность гнева и агрессии (AX/IN и AX/OUT) у юношей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, сопоставимы с таковыми по силе и направлению в группе МСАЗ.

Резюмируя полученные данные, можно утверждать, что юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, характеризуют значительное количество статистически значимых отличий как по суицидальным, так и несуйцидальным паттернам аутоагрессивного поведения, а также по целому ряду их предикторов. Рассматриваемые показатели в среднем превышают данные контрольной группы в 2-4 раза, что позволяет рассматривать взрослых детей, выросших в семьях больных алкогольной зависимостью, как весьма специфическую и неблагоприятную группу с позиций суицидологии, нуждающуюся в разработке эффективных превентивных мероприятий. Учитывая широкую представленность изучаемой группы, эта инициатива может иметь существенное значение для снижения суицидальной активности в современном обществе. Полученные данные позволяют отнести факт наличия алкогольной зависимости у родителя к значимым просуйцидальным факторам для его детей мужского пола, что следует учитывать при диагностической работе в суицидологической практике. Экспериментально-психологические характеристики изученной группы описывают фон, облегчающий реализацию аутодеструктивных тенденций.

Суицидологические и экспериментально-психологические характеристики девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Обнаружены следующие суицидологические особенности девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью (таблица 4.2).

**Таблица 4.2**

**Суицидологические характеристики девушек, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )**

<b>Признак</b>	<b>Девушки, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью</b>	<b>Девушки, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью</b>
<b>Аутоагрессивные паттерны и их предикторы</b>		
Суицидальная попытка в анамнезе	16,7%	4,5%
Суицидальные мысли в анамнезе	33,3%	15,3%
Моменты острого одиночества	54,4%	30,7%
Склонность к угрызениям совести	34,4%	23,2%
Отсутствие смысла жизни	10,0%	3,9%
Обращение к психиатру	17,8%	8,5%
Подверженность насилию	14,4%	3,4%
Наличие опасных для жизни хобби	17,8%	7,9%
Наличие черепно-мозговых травм	10,0%	2,8%
Наличие термической патологии	10,0%	3,9%
КПСН	2,8±2,5	1,7±1,7
КПСН за последние два года	2,1±2,1	1,4±1,4
<b>Психологические характеристики</b>		
Защитный психологический механизм «Регрессия»	6,2±2,6	5,4±2,3
АХ/IN (направленность гнева на себя)	15,4±5,1	11,6±2,8
АХ/OUT (направленность гнева вне)	15,2±3,1	13,2±2,9

Прежде всего, отметим тот факт, что девушки, выросшие в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, статистически значимо чаще предпринимали попытки покончить с собой, более чем в два раза чаще у них отмечались суицидальные мысли (у трети обследованных). Они чаще имели такие варианты несуйцидального аутоагрессивного поведения, как наличие опасных для жизни привычек и хобби (в основном это касалось экстремальных видов спорта), частота физического и сексуального насилия, черепно-мозговая патология (в основном, в результате собственных экстремальных увлечений и гетероагрессивных действий).

В этой группе девушек статистически значимо чаще встречаются и общепризнанные предикторы суицидального поведения, такие как моменты острого одиночества (часто с идеями собственной бесполезности), склонность к длительным угрызениям совести, частота обращений за профессиональной помощью к психиатру (психотерапевту).

Это, в целом, характеризует девушек из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, как более аутоагрессивную группу, нежели девушек, выросших в семьях без родительского алкоголизма. Это подтверждается и статистически значимо более высокими значениями КПСН и КПСН за последние два года, которые приближаются в данной группе к таковым в группе жён МСАЗ из действующих браков. Любопытен тот факт, что показатель КПСН в данной группе высок уже в этом возрасте ( $20,5 \pm 1,5$  года), то есть, во многом «объёмно» сформирован ещё до вступления в брачные отношения.

Поскольку, по данным ряда авторов, порядка 60-70% этих девушек в перспективе вступят в брачные отношения именно с МСАЗ [25, 232, 257], с большой вероятностью те значения коэффициентов, которые обнаружены нами у жён МСАЗ, имеют отнюдь не реактивное происхождение (как реакция на «невыносимые» условия брака с пьющим мужчиной), а в значительной мере формируются добратно.

Данный феномен отсутствует в «неалкогольной» добратно-брачной диаде: девушки из семей, где родители не страдали алкогольной зависимостью - жены МНАЗ.

Экспериментально-психологические отличия между группами касаются, прежде всего, статистически значимо более частого использования девушками, выросшими в семьях, где родитель имел алкогольную зависимость, такого психологического защитного механизма, как регрессия. Напомним, что суть данного механизма заключается в том, что личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более

простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий (потенциально возможный) арсенал решения конфликтных ситуаций.

Также хорошо видно, что значения коэффициентов, отражающих вектор эмоциональных состояний гнева и агрессии (AX/IN и AX/OUT) заметно выше в экспериментальной группе (как, впрочем, и у юношей из подобных семей). Отметим, что по значению AX/IN эта группа девушек схожа с группой состоявшихся жён МСАЗ.

В целом в отношении саморазрушающих типов поведения исследованные группы юношей и девушек, можно расположить в следующем порядке по возрастанию уровня их аутоагрессивности: юноши, из семей без алкогольной проблематики у родителей (наиболее интактная в плане аутоагрессии группа) - девушки из семей без алкогольной проблематики у родителей - юноши и девушки из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

В заключение коснёмся некоторых характеристик суицидологических показателей в семейных группах (семьи МСАЗ и семьи МНАЗ) и группах юношей и девушек из семей, где имела и не имела алкогольная зависимость у родителя, что отражено в таблице 4.3.

**Таблица 4.3**

**Сравнения ряда суицидологических показателей в исследованных мужских и женских группах**

Группы мужские	Признаки								Группы женские
	Попытки суицида	Суицидальные мысли	КПСН	КПСН за 2 г.	КПСН за 2 г.	КПСН	Суицидальные мысли	Попытки суицида	
МНАЗ	1,6%	6,5%	0,9±0,6	0,7±0,5	0,7±0,5	1,0±0,9	4,8%	1,6%	Жены МНАЗ
Ю А-	0%	4%	1,2±1,1	0,8±0,8	1,4±1,4	1,7±1,7	15,3%	4,5%	Д А-
Ю А+	16,1%	32,3%	3,0±2,6	1,5±1,2	2,1±2,1	2,8±2,5	33,3%	16,7%	Д А+
МСАЗ	32,0%	31,2%	3,4±2,1	2,5±1,8	2,5±2,2	3,1±2,4	26,4%	16,0%	Жены МСАЗ

Примечание:

Ю А- – юноши из семей, где родитель не страдал алкогольной зависимостью;



Ю А+ – юноши из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью;

Д А- – девушки из семей, где родитель не страдал алкогольной зависимостью;

Д А+ – девушки из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Из таблицы хорошо видно, что в мужских группах отчётливо просматривается увеличение значений всех выбранных показателей в направлении МСАЗ. Отметим, что между группами МНАЗ и юношами из «неалкогольных» семей отсутствуют статистически значимые отличия, то есть, группы практически идентичны по рассматриваемым признакам. Юноши, выросшие в семьях, где родитель имел алкогольную зависимость, по всем показателям статистически значимо отличаются от обеих выше обозначенных контрольных групп и вплотную приближаются к показателям в группе МСАЗ, за исключением суицидальных попыток, которые в два раза чаще встречаются у сформированных МСАЗ.

В изученных женских группах наблюдается практически идентичная картина, за исключением того, что девушки, выросшие в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, имеют несколько более высокие показатели, характеризующие классическую аутоагрессивную активность (суицидальные попытки и мысли), нежели в группе состоявшихся жён МСАЗ.

Таким образом, можно утверждать, что девушки, воспитанные в условиях семьи, где родитель страдал алкогольной зависимостью, имеют высокий аутоагрессивный потенциал (касающийся как суицидальных, так и несуйцидальных форм аутоагрессии). Полученные данные позволяют рассматривать девушек, выросших в семьях больных алкогольной зависимостью, как группу повышенного суицидального риска, и, соответственно, как и в случае с юношами, выросшими в аналогичных семьях, факт наличия алкогольной зависимости у родителя следует отнести к важным просуйцидальным факторам (предикторам) для его детей женского пола.

### **Место детей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, в процессе образования «алкогольных» браков**

Коротко коснёмся вопроса вклада ВДА в формирование будущих «алкогольных» браков. Многие исследователи отмечают, что данная

группа молодых людей и девушек служат основой образования семей, где супруг или оба супруга будут страдать алкогольной зависимостью.

То есть, ряд молодых людей из этой группы в будущем приобретёт алкогольную зависимость, а значительная часть этих девушек выйдет замуж за потенциального либо уже сформировавшегося аддикта (например, больного алкогольной зависимостью), что описывается как феномен ассортативности формирования семей МСАЗ [95].

Риск развития алкоголизма у молодых людей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, согласно имеющимся литературным данным, весьма велик и достигает 70% [90]. Также велик риск у девушек из этой группы (60-70%) выйти замуж за МСАЗ [25, 257].

Отметим, что полученные в нашем исследовании данные в целом согласуются с данными других авторов.

Графически эта динамика отражена на рисунке 4.1.

С учётом этих особенностей, полученные нами данные, касающиеся высоких показателей аутоагрессии в группах ВДА, приобретают и иное значение. В совокупности полученные данные позволяют утверждать, что обнаруженные в нашем исследовании суицидальные и парасуицидальные феномены у МСАЗ и их супруг в определённой степени начинают образовываться ещё в добрачный период (что подтверждает существование описанного нами ранее феномена добрачной аутоагрессивной почвы) и окончательно формируются уже в условиях функционирования зависимо-созависимой алкогольной диады.

Следовательно, аутоагрессивность группы МСАЗ и их жён (по меньшей мере, в семьях с присутствием классических суицидальных феноменов) не генерируется только в результате уже присутствующей алкогольной зависимости и созависимой реакции, а во многом формируется ещё добрачно, что еще раз подтверждает теорию брачной ассортативности.

Иными словами, молодые люди с изначально высокой суицидальной и иной аутоагрессивной активностью наиболее часто вступают в деструктивные брачные отношения, которые, в свою очередь, являются системами, продуцирующими детей с высокими показателями антивитальности. В результате, создаётся некая цикличность, подразумевающая ассортативность как механизм выбора психологически «понятного» брачного партнёра, а семейные отношения в зависимо-созависимой диаде являются во многом сценарно обусловленным катализатором добрачно имеющихся антивитальных тенденций (поколенческая цикличность аутоагрессии в семьях МСАЗ).

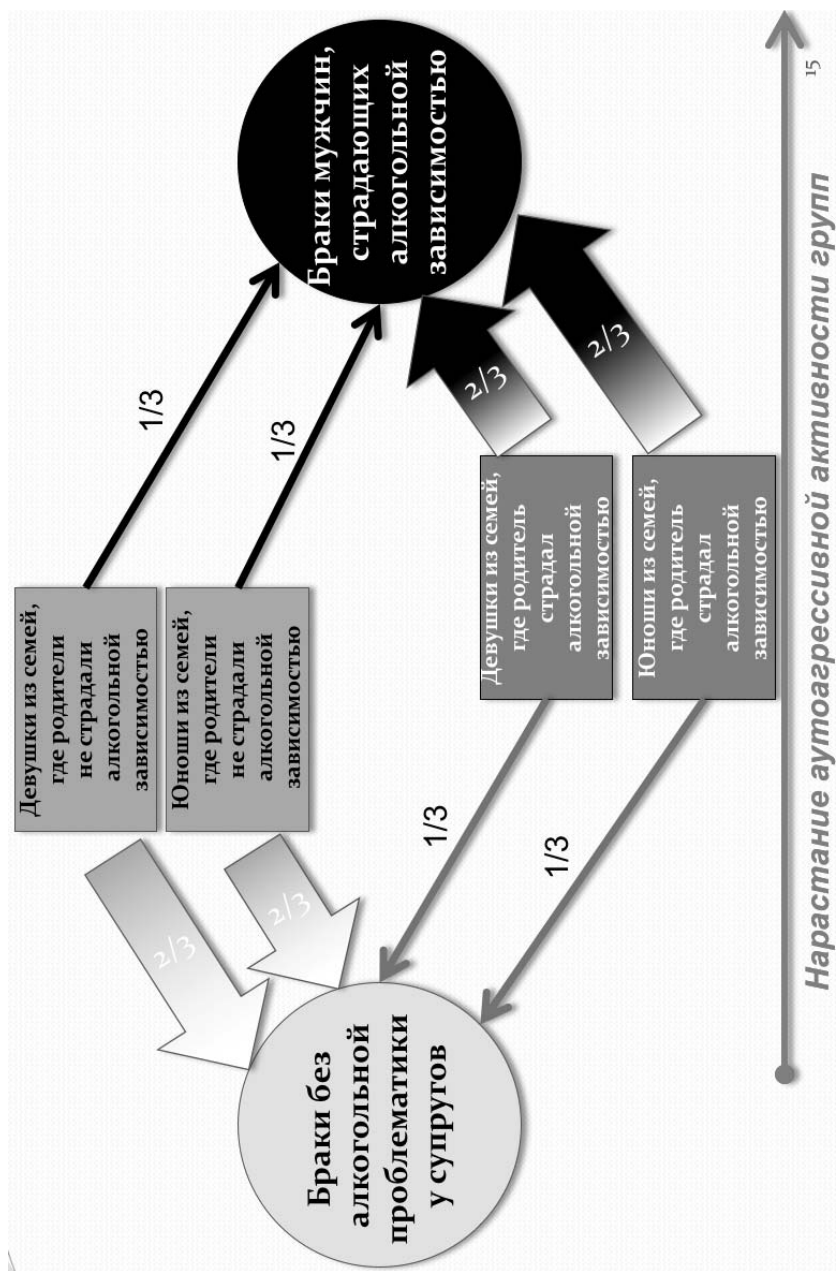


Рис. 4.1. Модель образования «алкогольных» и «неалкогольных» браков.

Итак, рождение и воспитание в условиях семьи, где один из родителей или оба, страдают алкогольной зависимостью, накладывает серьёзный отпечаток на развитие личности ребёнка, что описано как феномен «ВДА». Полученные данные убедительно показывают, что рассматриваемая стигматизация касается не только характерологических черт или склонности к определённым коппинг-стратегиям, но и формирует заметный антивитальный фон в группах.

Все это в совокупности диктует необходимость более серьёзного отношения к инициативам, подразумевающим особое отношение к ВДА, созданию соответствующих психотерапевтических программ и сообществ.

Кроме того, в работе врачей психиатров, психотерапевтов, иных специалистов, касающихся проблем аутоагрессивного поведения, необходимо считаться с таким важным просуицидальным фактором, как «рождения и воспитания в условиях семьи больного алкогольной зависимостью».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Можно с уверенностью констатировать, что супругов в семьях МСАЗ характеризуют высокие значения суицидальной и иной аутоагрессивной активности. По представленности суицидологических показателей кзависимая и созависимая группы неоднородны: количество и активность аутоагрессивных проявлений зависит от динамических особенностей формирования и развития семейной системы.

Зависимые от алкоголя мужчины делятся на две клинико-терапевтические подгруппы: имеющие суицидальную активность в анамнезе и не имеющие таковую. Наличие суицидальных паттернов у них ассоциировано с высокой вероятностью обнаружения иных аутоагрессивных феноменов и факторов риска их возникновения, специфическими психологическими особенностями и неблагоприятными наркологическими и терапевтическими характеристиками. Пациенты этой группы достоверно чаще обнаруживают у себя несуйцидальные аутоагрессивные паттерны и личностно-психологические особенности, способствующие реализации антивитаьных тенденций.

Это позволяет говорить об их подавляющем вкладе в формировании общих показателей аутоагрессивности группы МСАЗ, вообще, что, безусловно, не означает автоматического исключения оставшихся «непарасуйцидальных» зависимых от алкоголя мужчин из поля зрения наркологической суицидологии., поскольку, как мы уже указывали, специфика суицидов при алкоголизме зачастую подразумевает единственную, но успешную попытку.

Кроме того, у МСАЗ ярко представлена тенденция скрывать прошлую суицидальную активность. В этом свете крайне актуальной задачей является создание «доманифестных» диагностических инструментов. Полученные нами данные позволили разработать и предложить для использования в наркологической и суицидологической практике *коэффициент суицидальной опасности*, параметрически оценивающий риск суицидального поведения МСАЗ. Коэффициент предназначен для скрининговой оценки суицидального риска и выявления группы пациентов, нуждающихся в специфических превентологических мероприятиях и/или терапии, учитывающей аутоагрессивный компонент заболевания.

Сравнение женщин, состоящих в браке с МСАЗ и имеющими или не имеющими суицидальные тенденции, показало, что проживание в браке с первыми из них предполагает присутствие специфических суицидологических и психологических особенностей у их жён. У жён из семей парасуицидальных МСАЗ достоверно чаще обнаруживаются собственная суицидальная активность в мыслях и поведении (*феномен суицидальной супружеской коморбидности*), отмечается высокий уровень представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения.

То есть, факт наличия суицидальной активности у МСАЗ является значимым фактором риска аутоагрессивного, в том числе, суицидального поведения у их жён и наоборот, что, безусловно, следует учитывать в суицидологической практике. Обнаружено, что выявление суицидальных паттернов у жён МСАЗ в добрачный период является вероятным признаком сохранения их и в период брачной жизни. Полученные данные способны помочь более дифференцированно строить терапевтический процесс, как в рамках супружеской терапии наркологического заболевания у мужа, так и при коррекции созависимого состояния.

Обнаруженные суицидологические характеристики супругов в браках МСАЗ часто начинают формироваться до вступления в семейные отношения, где позже они получают дальнейшее развитие. Эти семьи создают условия для формирования обнаруженных суицидологических и личностно-психологических особенностей их детей, что обеспечивает ассортативность и патологическую воспроизводимость подобной брачной модели (*трансгендерная или поколенческая цикличность аутоагрессии в семьях МСАЗ*).

Используя полученные данные, представилась возможность разработать и обосновать клиническую типологию семейной динамики в браках МСАЗ, учитывающую наркологические, суицидологические и личностно-психологические особенности супругов.

Выделены следующие динамические варианты браков МСАЗ: с ПЗСС, с ПОСС, ВОСС и с использованием эпискрипт-модели. Наглядно показано, что в зависимости от того или иного варианта семейной динамики, наркологические, суицидологические и личностно-психологические характеристики супругов достаточно специфичны, создавая тем самым полиморфизм алкогольного зависимого и созависимого

состояний в отношении представленности аутоагрессивных паттернов, наркологической и терапевтической характеристик основного заболевания. Показаны различные варианты системной реакции супруги на алкогольную зависимость мужа, отличные от «классического» созависимого состояния, что значительно расширяет существующие представления о феномене созависимости и позволяет говорить о вариантах *активной модели созависимого состояния* супруг МСАЗ. И, соответственно, использовать полученные данные в практической работе.

Действующая «алкогольная» семья часто представляет собой систему, где оба супруга часто имеют аутоагрессивную направленность. Динамика развития семейных отношений в таких случаях подразумевает специфические механизмы реализации аутодеструктивных тенденций. Образующийся семейный гомеостаз является до определенной степени удовлетворяющим обоих супругов, несмотря на нередко декларируемое недовольство подобной ситуацией в семье. Подобные отношения могут служить способом наиболее приемлемого спонтанного отреагирования собственной аутоагрессивности. Часто ответственность за собственное самодеструктивное поведение делегируется другому супругу. Высокие значения суицидологических параметров у МСАЗ, и их жён, часто начинают формироваться ещё в добрачно-доалкогольный (у мужчин) и добрачно-досозависимый (у женщин) периоды и достигают своего максимального развития в условиях функционирующей зависимо-созависимой алкогольной диады, то есть, не являются прямым следствием развития алкогольной зависимости и созависимости.

Логичным в этом свете представляются результаты полученные в отношении влияния развода на изучаемые показатели МСАЗ и их бывших жён. В мужской алкогольной субпопуляции факт развода не является выраженным катализатором суицидальной активности и иного аутоагрессивного поведения. Наоборот, отмечается определённая тенденция к снижению представленности ряда аутоагрессивных феноменов. В свою очередь, у бывших жён МСАЗ после развода появляется определённое снижение уровня аутодеструкции, к сожалению, не достигающее средних нормативных возрастных показателей, что позволяют отнести факт бывшего супружества с МСАЗ к диагностически значимым признакам в суицидологической практике.

Воспитание в условиях семьи, где родитель страдает алкогольной зависимостью, подразумевает у детей обоего пола (достигших совершеннолетия и готовых к вступлению в брачные отношения) достоверно высокие показатели аутоагрессивной (в том числе, суицидальной) активности, что подтверждается данными синтетических методик (КПСН). Это позволяет отнести факт наличия алкогольной зависимости у родителя к важным просуицидальным факторам у их взрослых детей. Что имеет принципиальное значение для суицидологической практики и делает оправданными мероприятия направленные на коррекцию имеющихся нарушений.

Вероятно, только шаг в этом направлении способен создать первично-профилактический барьер, способный прервать потенциальные наркологические и суицидологические «траектории» ВДА, разорвав таким образом замкнутый круг трансгенерационной трансляции патологических предрасположений.

Полученные данные, во-первых, представляют теоретический научный интерес, расширяя знания о роли и месте феномена аутоагрессии в клинике алкогольной болезни. Во-вторых, имеют непосредственное практическое значение, поскольку полученные данные позволили выделить наиболее значимую для терапии структуру аутоагрессивного поведения супругов в семьях МСАЗ, которую можно эффективно использовать в наркологической и суицидологической практике как в рамках семейной, так и любой другой терапевтической парадигмы.



# Приложение 1

## Дизайн проведенного исследования (стрелками показаны направления и пары сравнения)



## Приложение 2

### Опросник для выявления антивитаальных тенденций (использованный для тестирования МСАЗ, МНАЗ)

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? До брака? За все время брака?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз? До брака? За все время брака?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? До брака? За все время брака?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? До брака? За все время брака?
7. Боитесь ли Вы сейчас темноты? До брака? За все время брака?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? До брака? За все время брака?
9. Вы можете долго терпеть боль? До брака? За все время брака?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? До брака? За все время брака?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? До брака? За все время брака?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? До брака? За все время брака?
13. Боитесь ли Вы смерти?
14. Появились ли у Вас в последние два года хронические заболевания? Какие? Были до брака?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? До брака? За все время брака? Число переломов?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? До брака? За все время брака?
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? До брака? За все время брака?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? До брака? За все время брака? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьёзная операция? До брака? За все время брака? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? До брака? За все время брака?

21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? До брака? За все время брака? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? До брака? За все время брака?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Курите вообще? Курили до брака? Начали в браке?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? До брака? За все время брака?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? До брака? За все время брака?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? До брака? За все время брака?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? До брака? За все время брака?
28. Били ли Вас в детстве родители?
29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? До брака? За все время брака?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманящие вещества? До брака? За все время брака?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? До брака? За все время брака?
32. В вашей семье было много долгожителей?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? До брака? За все время брака?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? До брака? За все время брака?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны?
39. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?
40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? До брака? За все время брака?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у Вас в последние два года обморожения? До брака? За все время брака?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?

44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? До брака? За все время брака?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? До брака? За все время брака?
47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?
48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? За все время брака?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? До брака? За все время брака?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарее, сигарету? До брака? За все время брака?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? До брака? За все время брака? Сколько?
54. Судимы ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? До брака? За все время брака?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? До брака? За все время брака?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака?
58. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.

### Приложение 3

#### **Опросник для выявления антивитальных тенденций и паттернов созависимого состояния (для жен МСАЗ)**

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? До брака? За все время брака?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз? До брака? За все время брака?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? До брака? За все время брака?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? До брака? За все время брака?
7. Боитесь ли Вы сейчас темноты? До брака? За все время брака?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? До брака? За все время брака?
9. Вы можете долго терпеть боль? До брака? За все время брака?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? До брака? За все время брака?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? До брака? За все время брака?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? До брака? За все время брака?
13. Боитесь ли Вы смерти?
14. Появились ли у Вас в последние два года хронические заболевания? Какие? Были ли до брака?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? До брака? За все время брака? Число переломов?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? До брака? За все время брака?
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? До брака? За все время брака?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? До брака? За все время брака? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьёзная операция? До брака? За все время брака? Какие?

20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? До брака? За все время брака?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? До брака? За все время брака? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? До брака? За все время брака?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Курите вообще? Курили до брака? Начали в браке?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? До брака? За все время брака?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? До брака? За все время брака?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? До брака? За все время брака?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? До брака? За все время брака?
28. Били ли Вас в детстве родители?
29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? До брака? За все время брака?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманные вещества? До брака? За все время брака?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? До брака? За все время брака?
32. В вашей семье было много долгожителей?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? До брака? За все время брака?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? До брака? За все время брака?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны?
39. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?
40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? До брака? За все время брака?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?

42. Были ли у вас в последние два года обморожения? До брака? За все время брака?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?
44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? До брака? За все время брака?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? До брака? За все время брака?
47. Ваша семейная жизни по большому счёту удалась?
48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? За все время брака?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? До брака? За все время брака?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? До брака? За все время брака?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? До брака? За все время брака? Сколько?
54. Судимы ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? До брака? За все время брака?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? До брака? За все время брака?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака?
58. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.
59. Вы предпочитаете свои неудачи «держать в себе»?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя или обстоятельства?
61. Вы верите, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено?
62. Вы смирились с алкоголизмом мужа?
63. Вы постоянно пытаетесь спасти своего мужа от алкоголизма?
64. Чтобы Вы не делали, становится только хуже?

65. Если бы я развелась с мужем, моя жизнь: не изменилась бы; улучшилась бы, ухудшилась бы.
66. Вы считаете, что без Вас муж быстро «пропадёт»?
67. Муж проявлял в отношении Вас неоднократно физическую агрессию?
68. Иногда Вам хочется, чтобы муж куда-нибудь пропал?
69. Вы подавали заявление на развод?
70. Вы скрываете алкоголизм мужа от окружающих?
71. Вы всегда создаете видимость хорошей семьи?
72. Если это Ваш не первый брак, предыдущий муж (мужья) имели проблемы с алкоголем?



## Приложение 4

### Опросник для выявления антивитаальных тенденций в прошлом и настоящем (для разведённых МСАЗ)

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? До брака? За все время брака? После развода?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз? До брака? За все время брака? После развода?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? До брака? За все время брака? После развода?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака? После развода?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака? После развода?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? До брака? За все время брака? После развода?
7. Бойтесь ли Вы сейчас темноты? До брака? За все время брака? После развода?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? До брака? За все время брака? После развода?
9. Вы можете долго терпеть боль? До брака? За все время брака? После развода?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? До брака? За все время брака? После развода?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? До брака? За все время брака? После развода?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? До брака? За все время брака? После развода?
13. Бойтесь ли Вы смерти?
14. Появились ли у Вас в последние два года хронические заболевания? Какие? Были до брака? После развода?

15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? До брака? За все время брака? После развода? Число переломов?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? До брака? За все время брака? После развода?
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? До брака? За все время брака? После развода?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? До брака? За все время брака? После развода? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьёзная операция? До брака? За все время брака? После развода? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? До брака? За все время брака? После развода?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? До брака? За все время брака? После развода? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? До брака? За все время брака? После развода?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Курите вообще? Курили до брака? Начали в браке? После развода?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? До брака? За все время брака? После развода?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? До брака? За все время брака? После развода?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? До брака? За все время брака? После развода?
28. Били ли Вас в детстве родители?

29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? До брака? За все время брака? После развода?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманные вещества? До брака? За все время брака? После развода?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
32. В вашей семье было много долгожителей – более одного (старше 80 лет)?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны, горе детей?
39. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?
40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? До брака? За все время брака? После развода?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у вас в последние два года обморожения? До брака? За все время брака? После развода?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?
44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? До брака? За все время брака? После развода?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? До брака? За все время брака? После развода?
47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?

48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? За все время брака? После развода?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? До брака? За все время брака? После развода?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? До брака? За все время брака? После развода? Сколько?
54. Судимы ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
57. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
58. Вы предпочитаете свои неудачи «держат в себе», создавая видимость «счастья»?
59. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
61. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено;
62. Алкогольный семейный анамнез – наличия алкогольной зависимости у ближайших родственников;
63. После развода моё общее состояние: не изменилось; улучшилось; ухудшилось.

## Приложение 5

### Опросник для выявления антивитаальных тенденций в прошлом и настоящем (для бывших жён МСАЗ)

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? До брака? За все время брака? После развода?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз? До брака? За все время брака? После развода?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? До брака? За все время брака? После развода?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака? После развода?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? До брака? За все время брака? После развода?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? До брака? За все время брака? После развода?
7. Боитесь ли Вы сейчас темноты? До брака? За все время брака? После развода?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? До брака? За все время брака? После развода?
9. Вы можете долго терпеть боль? До брака? За все время брака? После развода?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? До брака? За все время брака? После развода?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? До брака? За все время брака? После развода?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? До брака? За все время брака? После развода?
13. Боитесь ли Вы смерти?
14. Появились ли у Вас в последние два года хронические заболевания? Какие? Были ли до брака? После развода?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? До брака? За все время брака? Число переломов? После развода?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? До брака? За все время брака? После развода?
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? До брака? За все время брака? После развода?

18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? До брака? За все время брака? После развода? Какие?
19. У Вас были в последние два года одна и более серьезней операция? До брака? За все время брака? После развода? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? До брака? За все время брака? После развода?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? До брака? За все время брака? После развода? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? До брака? За все время брака? После развода?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Курите вообще? Курили до брака? Начали в браке? После развода?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? До брака? За все время брака? После развода?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? До брака? За все время брака? После развода?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьезному физическому насилию? До брака? За все время брака? После развода?
28. Били ли Вас в детстве родители?
29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? До брака? За все время брака? После развода?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманные вещества? До брака? За все время брака? После развода?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
32. В вашей семье было много долгожителей – более одного (старше 80 лет)?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны, горе детей?

39. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?
40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? До брака? За все время брака? После развода?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у вас в последние два года обморожения? До брака? За все время брака? После развода?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?
44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? До брака? За все время брака? После развода?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? До брака? За все время брака? После развода?
47. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
48. Вы потеряли работу в последние два года? За все время брака? После развода?
49. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
50. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
51. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарее, сигарету? До брака? За все время брака? После развода?
52. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? До брака? За все время брака? После развода? Сколько?
53. Судимы ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
54. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности?
55. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
56. Агрессивны ли Вы в последние два года? До брака? За все время брака? После развода?
57. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
58. Вы предпочитаете свои неудачи «держат в себе», создавая видимость «счастья»?
59. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
61. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено;

62. Алкогольный семейный анамнез - наличия алкогольной зависимости у ближайших родственников;
63. На каком-то этапе я смирилась с алкоголизмом мужа;
64. Я постоянно пыталась спасти своего мужа от алкоголизма;
65. Чтобы я не делала, становится только хуже;
66. В том, что случилось я обвиняю (подчеркнуть необходимое): себя; мужа; обстоятельства; других людей;
67. Я развелась с мужем из-за (указать причину);
68. Если бы я не развелась с мужем, моя жизнь (подчеркнуть необходимое): не изменилась бы; улучшилась бы, ухудшилась бы;
69. Без меня мой муж быстро «пропадёт»;
70. Я понимала, что проживание в подобном браке сокращает мою жизнь;
71. Мой муж проявлял в отношении меня физическую агрессию однократно;
72. Мой муж проявлял в отношении меня физическую агрессию неоднократно;
73. Иногда мне хотелось, чтобы мой муж куда-нибудь пропал;
74. Я легко рассказываю окружающим про свои семейные неурядицы;
75. Мы подавали заявление на развод до фактического развода;
76. Наверное, я не люблю себя;
77. Я скрывала алкоголизм мужа от других;
78. Я всегда создаю (создавала) видимость хорошей семьи;
79. Если это мой не первый брак, предыдущий муж (мужья) также имели проблемы с алкоголем.



## Приложение 6

### Опросник для выявления антивитаальных тенденций в прошлом и настоящем (использованный для тестирования взрослых детей обоого пола из семей МСАЗ, МНАЗ)

1. Наблюдаетесь ли Вы у психиатра последние два года? Диагноз? Ранее?
2. Наблюдаются ли родственники у психиатра? Диагноз? До брака? За все время брака? Ранее?
3. Пытался кто-либо из родственников совершить суицид? Ранее?
4. Пытались ли Вы сами в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее?
5. Думали ли Вы всерьёз в течение последних двух лет покончить жизнь самоубийством? Ранее?
6. Имели Вы тесный опыт общения с будущим самоубийцей в течение последних двух лет? Ранее?
7. Бойтесь ли Вы сейчас темноты? Ранее?
8. Характерно ли Вам последние два года долго переживаемое чувство вины? Ранее?
9. Вы можете долго терпеть боль? Ранее?
10. Свойственно ли Вам порой в последние два года навязчивое чувство стыда? Ранее?
11. Чувствуете ли Вы себя последние два года одиноким? Ранее?
12. Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные приступы депрессии? Ранее?
13. Бойтесь ли Вы смерти?
14. Появились ли у Вас в последние два года хронические заболевания? Какие? Были ранее?
15. Были ли у Вас в последние два года переломы костей? Ранее? Число переломов?
16. Были ли у Вас в последние два года ампутации органов? Ранее?
17. Вам известно в последние два года чувство безысходности? Ранее?
18. У Вас были в последние два года одна и более мелкая операция? Ранее? Какие?

19. У Вас были в последние два года одна и более серьезная операция? Ранее? Какие?
20. Были ли у Вас в последние два года черепно-мозговые травмы с потерей сознания? Ранее?
21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? Ранее? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? Ранее?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Курите вообще?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? Ранее?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? Ранее?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? Ранее?
27. 27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? Ранее?
28. Били ли Вас в детстве родители?
29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? Ранее?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманящие вещества? Ранее?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? Ранее?
32. В вашей семье было много долгожителей – более одного (старше 80 лет)?
33. В вашей семье были трагические смерти? Сколько? Какие?
34. Стыдились ли Вы своего тела последние два года? Ранее?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? Ранее?
37. Верите ли Вы в Бога?
38. Могли бы Вы сейчас представить собственную смерть, похороны, горе детей?
39. Верите ли Вы, что души грешников, попадают в ад?

40. Сильно ли в Вас последние два года чувство, что ваше время умирать не скоро? Ранее?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у вас в последние два года обморожения? Ранее?
43. Сделали ли Вы в жизни что-то, за что Вас будут долго помнить после смерти?
44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? Ранее?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? Ранее?
47. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
48. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? Ранее?
49. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? Ранее?
50. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? Ранее? Сколько?
51. Судимы ли Вы в последние два года? Ранее?
52. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? Ранее?
53. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? Ранее?
54. Агрессивны ли Вы в последние два года? Ранее?
55. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
56. Вы предпочитаете свои неудачи «держать в себе», создавая видимость «счастья»?
57. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
58. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
59. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено;
60. Алкогольный семейный анамнез - наличия алкогольной зависимости у ближайших родственников.

## Приложение 7

Список вопросов для подсчёта КПСН:

- 1) Наблюдались ли Вы у психиатра?
- 2) Пытались ли Вы когда-нибудь покончить жизнь самоубийством?
- 3) Думали ли Вы когда-нибудь покончить жизнь самоубийством?
- 4) Вы имели в течении жизни тесный опыт общения с будущим самоубийцей?
- 5) Вам характерно долго переживать вину?
- 6) Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?
- 7) Вы часто испытываете чувство одиночества?
- 8) Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?
- 9) Бывают ли у Вас эпизоды безысходности?
- 10) Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказы от пищи?
- 11) Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?
- 12) Наносили ли Вы себе серьёзные повреждения?
- 13) У Вас бывают эпизоды, когда не видите в жизни никакого смысла?
- 14) Вас часто мучают угрызения совести?

## Приложение 8

Список вопросов для подсчёта КПСН за два последних года:

- 1) Наблюдались ли Вы у психиатра в последние два года?
- 2) Пытались ли Вы в последние два года покончить жизнь самоубийством?
- 3) Думали ли Вы в последние два года покончить жизнь самоубийством?
- 4) Вы имели в последние два года тесный опыт общения с будущим самоубийцей?
- 5) Вам характерно последние два года долго переживать вину?
- 6) Свойственно ли Вам последние два года навязчивое чувство стыда?
- 7) Испытывали ли Вы в последние два года чувство одиночества?
- 8) Бывают ли у Вас в последние два года беспричинные эпизоды депрессии?
- 9) Бывают ли у Вас в последние два года эпизоды безысходности?
- 10) Склонны ли Вы в последние два года к периодическим моментам переедания или отказы от пищи?
- 11) Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию?
- 12) Наносили ли Вы в последние два года себе серьёзные повреждения?
- 13) У Вас бывают в последние два года эпизоды, когда Вы не видите в жизни никакого смысла?
- 14) В последние два года Вас часто мучают угрызения совести?

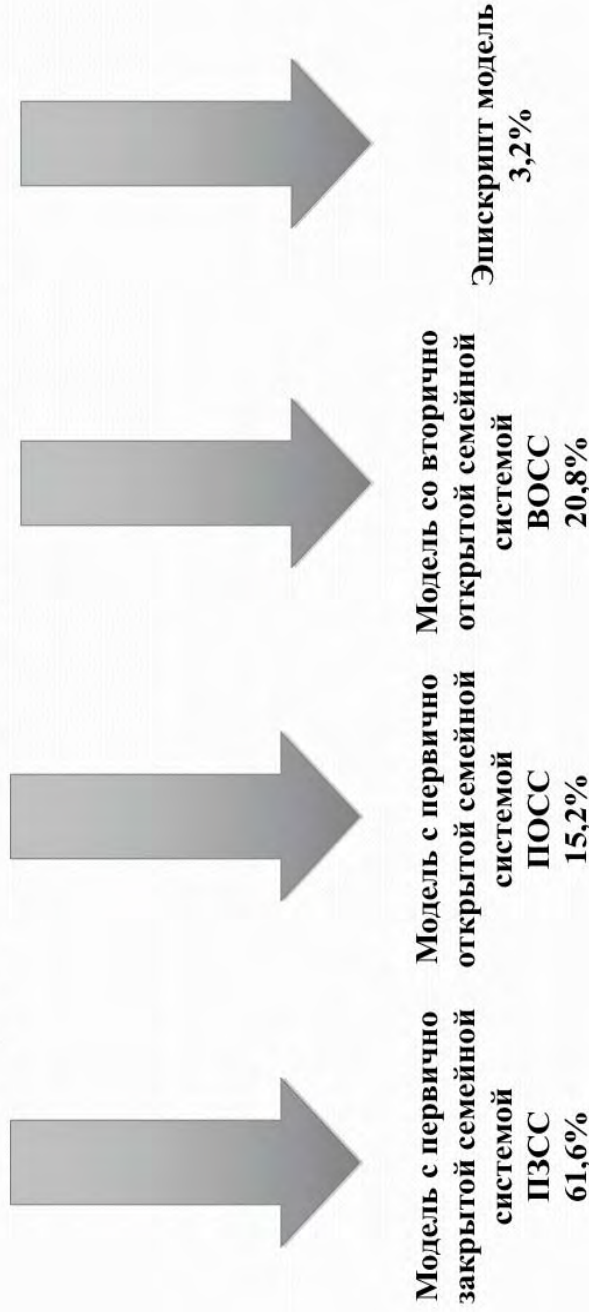
## Приложение 9

Список вопросов для оценки значения КСО у МСАЗ:

- 1) Наблюдались ли Вы у психиатра?
- 2) Были ли в вашей семье трагические смерти близких родственников?
- 3) Думали ли Вы покончить жизнь самоубийством?
- 4) Вы имели тесный опыт общения с будущим самоубийцей?
- 5) Вам характерно долго переживать вину?
- 6) Свойственно ли Вам навязчивое чувство стыда?
- 7) Испытывали ли Вы острое чувство одиночества?
- 8) Бывают ли у Вас беспричинные эпизоды депрессии?
- 9) Бывают ли у Вас эпизоды безысходности?
- 10) Склонны ли Вы к периодическим моментам переедания или отказы от пищи?
- 11) Подвергались ли Вы серьёзному физическому насилию?
- 12) Наносили ли Вы когда-нибудь себе серьёзные повреждения?
- 13) У Вас бывают эпизоды, когда вы не видите в жизни никакого смысла?
- 14) Вас часто мучают угрызения совести?
- 15) Были ли у Вас ЧМТ?
- 16) Имеете ли Вы опасные для жизни хобби или привычки?
- 17) Склонны ли Вы к неоправданному риску?

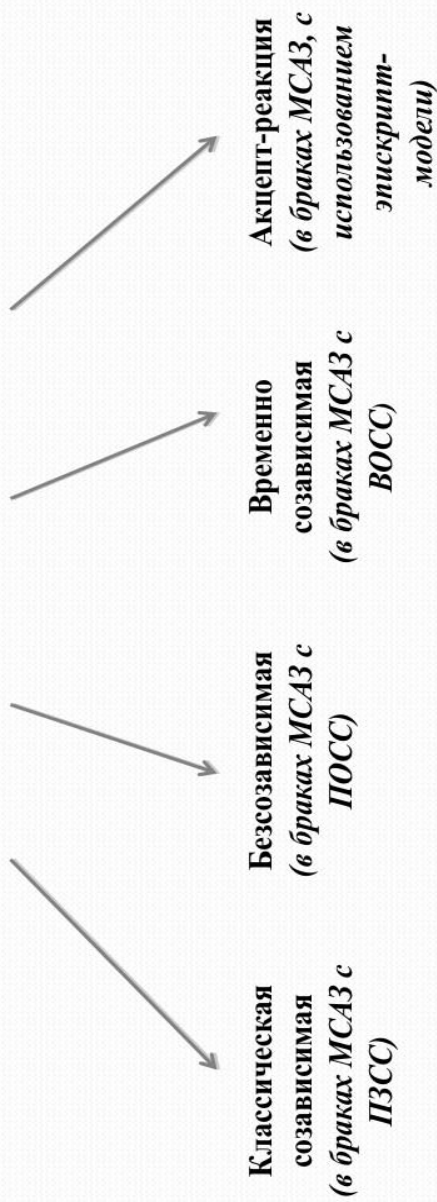
## Приложение 10

# Динамические типы семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью



## Типы реакций супруги на алкогольную зависимость супруга в зависимости от динамической модели

### семейной системы





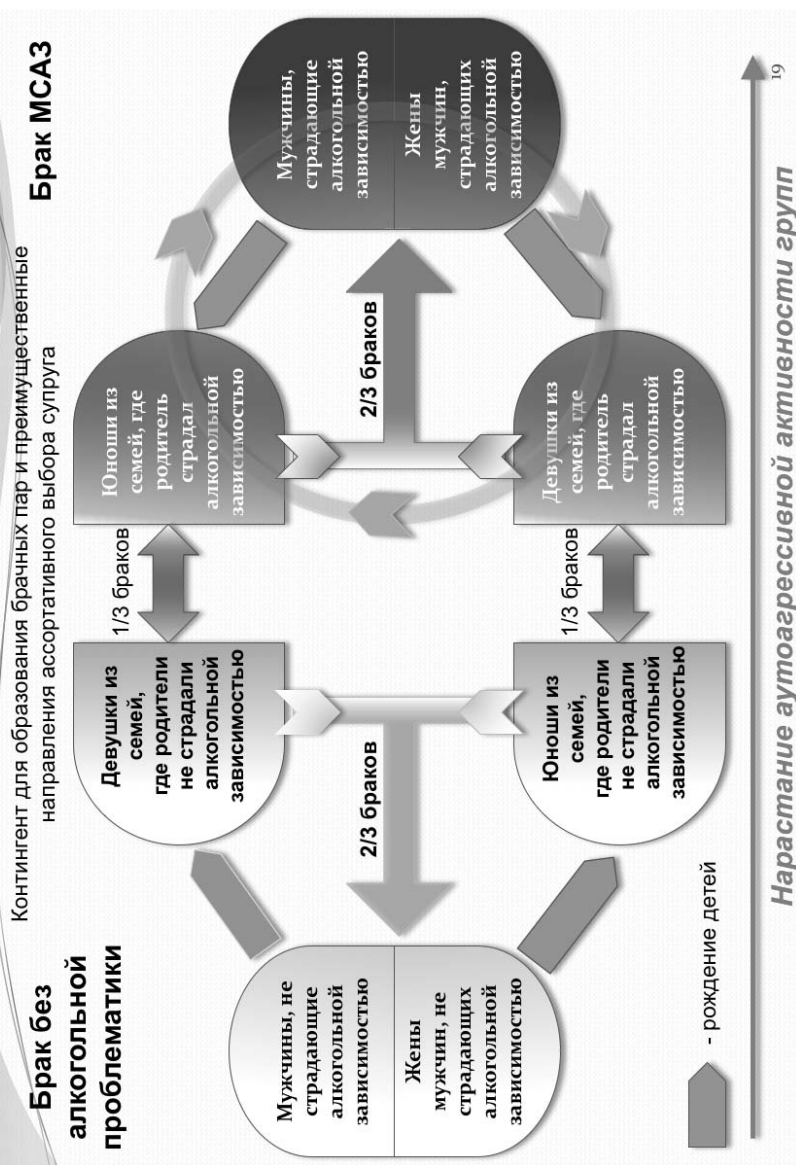
## Приложение 12

### Модели терапии алкогольной зависимости и созависимости с учётом динамических особенностей семейной системы

<b>Перманентно закрытая семейная система</b>	<p><b>Первый этап</b> – заключение контрактов на:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) лечение алкогольной зависимости;</li><li>б) лечение созависимого состояния;</li><li>в) с супругой – на невмешательство (блокировка «параалкогольных» модулов поведения) и поддержку происходящих изменений;</li></ul> <p><b>Второй этап</b> – индивидуальная работа с супругами (фаза «терапевтического развода»);</p> <p><b>Третий этап</b> – соединение супругов в «безалкогольный» брак на новых, конструктивных основаниях</p>
<b>Первично открытая семейная система</b>	<p>Терапия фокусируется на самом зависимом мужчине и осуществляется в один этап</p>
<b>Вторично открытая семейная система</b>	<p><b>Первый этап</b> – терапия сконцентрирована на самом зависимом мужчине; при возможности используется «супружеский» ресурс на уровне контрактов на невмешательства и поддержку;</p> <p><b>Второй этап</b> – при необходимости, «возобновление супружеских отношений на новом уровне» – предлагается недирективным образом и может производиться отсрочено</p>

## Приложение 13

# Место и роль аутоагрессии в аддиктивных и неаддиктивных браках



## Приложение 14

### Письмо бывшей супруги МСАЗ (субъективная иллюстрация внутрисемейных отношений в браках МСАЗ)

«Я бывшая жена двух бывших мужей. Долгое время моё социальное положение было таким: жена алкоголика. Со временем все отблело, зарубцелось... Вот и решила рассказать историю своей жизни. Вдруг она поможет кому-то не допустить ошибок, за которые потом придётся расплачиваться искалеченной жизнью.

Со своим первым мужем я познакомилась в стройотряде, когда училась в институте. Он служил в армии и приехал в отпуск. Вот и угораздило нас встретиться на танцах. Я влюбилась в него сразу же: высокий, красивый, с чувством юмора. Ему оставалось служить чуть больше года. Все это время мы писали письма друг другу почти каждый день.

Потом, при разводе, письма поделили: он взял мои, я - его (он так захотел). Двадцать лет лежат у меня эти письма, а я к ним не притронулась ни разу, не перечитала, потому что в письмах было одно, а в жизни совсем другое. Когда я получала их, то летала на крыльях, витала в облаках. До сих пор помню: иду по улице, читаю очередное письмо и улыбаюсь. Кто-то крикнул с балкона: «Не упади!» А я и в самом деле ничего не вижу.

Когда он вернулся из армии совсем, нам от избытка чувств оставалось только пожениться. Что мы и сделали. Через десять месяцев родилась дочь.

Жили мы в деревне, где муж стал работать бригадиром тракторной бригады. Начались выпивки и весь тот кошмар, который бы лучше не вспоминать. Муж на моих глазах становился алкоголиком. Спросите: так сразу? Нет, не сразу. Оказалось, что он пил и до армии. Пил и его отец.

Вспоминаю: мужа нет дома дня три, тащусь с маленькой дочкой в соседнюю деревню, нахожу его в компании пьяных собутыльников,

веду домой, слушая бессвязные признания в любви.

Ещё: дочка совсем маленькая, ей месяца два, лежит в кроватке, муж около дочки, я стираю на кухне. Дочка плачет и вдруг резко замолкает. Вбегаю и вижу: тяжёлая рука мужа придавила дочери лицо, а муж спит, сидя у кроватки.

Или такая картина: муж вешается у меня на глазах, я отдираю от себя плачущего ребёнка и срезаю верёвку, от которой на шее у мужа багровая полоса.

Самое отвратительное: мы на свадьбе подруги, ночуем в чужом доме. Муж, сначала такой весёлый, такой общительный, напившись, ночью мочится в чужой постели. И я сижу, остаток ночи и жду рассвета: лечь некуда, переодеться не во что.

Были его признания в любви, и пьяные слезы, и бесконечная беспричинная ревность. Однажды муж, сидя в снегу, поджидал какого-то мужика, которого я и в лицо не знала, чтобы убить его, считая, что тот - мой любовник. Он вознёс меня на пьедестал, но требовал одного: прими меня таким, как я есть. Не принимаешь - буду топиться, вешаться. Я выдерживала этот кошмар четыре года.

Его вторая жена терпит его уже двадцать лет. А закодировался он только год назад. Дочь ездила к нему этим летом. Он передал мне привет. Да, я знаю, что он любил меня. Но не знаю, любила ли я. Влюблённость была, а вот любви, скорее всего, не было. Не успела влюблённость перейти в любовь. Захла. Как мужа я его давно простила. Как отца моей дочери не прощу никогда.

Со вторым мужем меня познакомили. Он был в разводе с первой женой. Причину объяснял так: жена богатая, а я бедный, меня родные жены не приняли. Ах, если бы это было так...

Поначалу муж не пил. Деловой, все умеющий: хоть забор поставить, хоть печь в бане сложить. Работал шофёром-дальнобойщиком. Эта работа не позволяла пить. Счастливое время в моей жизни! Не надо было гадать: придёт - не придёт, придёт трезвый - придёт пьяный. Через полтора года совместной жизни родился сын. И никак уж я не думала, что тот печальный путь, который я прошла с первым мужем, мне пред-

стоит пройти ещё раз.

Сначала он только выпивал. Пьянствовать по-настоящему начал потом, перейдя на другую работу, куда можно было пойти выпивши и там ещё добавить. Сын ходить ещё не начал, а муж уже не пришёл ночевать. Нет, не с другой проводил время. Просто пил. И считал, что ничего страшного в том, что его не было дома двое-трое суток, нет. В первый раз я обзвонила и милицию, и больницу, и морг... Потом уже не звонила никуда. Мои родные говорили: «Гони ты его». Знала, что родные мне помогут. Но мужа не прогнала. Были ещё чувства...

Как-то после его очередного исчезновения я написала ему письмо. В письме легче было выразить свои мысли. Написала примерно следующее: «Я разошлась с первым мужем не потому, что он пил (если бы это было так, мне надо было уйти от него через несколько месяцев после свадьбы), а потому, что я перестала его уважать. У меня исчезло желание ложиться с ним в одну постель. По отношению к тебе у меня с этим пока нормально, но где гарантия, что-то же не повторится?»

Муж меня не понял. И пил по-прежнему.

Вскоре он попался на глупой мелкой краже: пить-то надо было на что-то! Дали небольшой условный срок. После этого (о, счастье!) муж закодировался. Я даже переехала с ним на новое место жительства. Думала, что увезла его от друзей-пьяниц. Наивная! Друзья нашлись и здесь, и очень быстро нашлись.

Теперь его исчезновения на 2-3 дня стали нормой. Почему он пьяный не приходил домой? Наверное, чтобы очередного скандала не было, а чаще просто потому, что не в состоянии был дойти до дома. Очень выматывало хозяйство, которое я во время его запоев тащила на себе одна: целый двор скотины, летом - несколько соток картошки, зимой - печи, которые надо было топить.

Кончался запой, муж возвращался, топил баню, парился, брился и... превращался в человека. Были примирения в постели, причём первый шаг к примирению делала чаще всего я.

Потом мириться в постели мне хотелось все реже. Ведь кроме тела, у человека есть ещё и душа. Его душа становилась мне чужой...

Муж не понял моего охлаждения. Но понял, что он меня чем-то не устраивает, и решил проверить свои способности с другой женщиной. «Вычислить» его оказалось делом нетрудным. Вечером, когда я крутилась с заготовками на зиму, он побрился и исчез. Нашла их в соседнем доме, в нежилой квартире.

В ту ночь я встала перед выбором: или простить, или прогнать навсегда. Я простила. Потому что у меня ещё было чувство к мужу.

Но он пил по-прежнему. Говорить с ним на эту тему было бесполезно. Год от года запои становились все длиннее, трезвые промежутки - все короче. Хозяйство он совсем забросил. Но на выпивку, даже не работая, деньги он находил всегда.

О примирениях и речи уже не могло быть. Мой муж, прежде не отличавшийся ревностью, начал меня страшно ревновать. Нет, не к кому-то определённом, а вообще... Каких только унижительных слов я не выслушала! Но выслушав, уходила спать в другую комнату и засыпала спокойно.

Делить постель с чужим, неприятным человеком стало просто невозможным. Несколько лет прошло, а я помню, как происходило это в последний раз: только бы выдержать, только бы не зарыдать... Это была моя последняя жертва. Я ушла от мужа. И не во время запоя, а в трезвый период его жизни.

Начался раздел имущества. Пришлось оставить мужу квартиру, все хозяйственные постройки. Тогда всего этого было жаль. Сейчас мне не жаль ничего. Три года после моего ухода он «страдал» (была причина!). Пил ежедневно по несколько месяцев кряду. Вести хозяйство он не привык, а потому посуду не мыл месяцами, полы - годами.

А потом нашёл себе новую жену. Кто из них больше пьёт - пусть разбираются сами. Его новая жена часто ходит в синяках, даже ездила в больницу разбитую голову зашивать.

Я не злорадствую. Не иронизирую. Не жалею. Каждому своё.

Только удивляюсь при встрече с бывшим мужем во время его очередного запоя: неужели это существо с нестриженной головой, с седой бородой и есть тот человек, которого я любила? Отец моего сына?

Сейчас материально я живу так плохо, как никогда ещё не жила. Но на душе покой и умиротворение. Видимо, надо было дважды пройти огонь, воду и медные трубы, пожить с двумя алкоголиками, чтобы сейчас быть довольной тем малым, что имею. В последнее время я и физически стала чувствовать себя намного лучше.

Иногда мне говорят: «Вот ведь все-то у тебя есть - и красота, и ум, и трудолюбие, а не повезло в жизни. Счастья нет». А я про себя отвечаю: «Это мне с мужьями не повезло. А не со счастьем».

У меня есть любимые дети. Здоровые, умные, красивые, любящие меня. И если уж вспомнить про основное предназначение человека на Земле - построить дом, посадить дерево, вырастить ребёнка - то я уже сейчас могу сказать: я его выполнила. Женщине вовсе не обязательно строить дом. Свой дом я обустроиваю. Вместе со своими детьми. И точно знаю: «наше завтра будет лучше, чем вчера».

Ни один психолог, никто в мире не научит женщину-жену алкоголика, как с ним жить. На мой взгляд, выход только один: бежать от алкоголика. Считаю, что любить и уважать надо, прежде всего себя, и главное - не дать себя сломать. Я знаю сколько угодно случаев, когда женщина начинает пить сама: сначала стопочку-две, чтобы меньше досталось мужу. Меньше ему не достанется. Он все равно выпьет столько, сколько захочет. А помогающая выпивать жена сама превратится в алкоголичку. Ведь у женщин зависимость от алкоголя наступает гораздо быстрее, чем у мужчин.

Мне странно слышать: «Живу с алкоголиком ради детей». Впрочем, я никого не хочу поучать. Просто рассказала о себе.

И ещё: выдержать кошмарную жизнь со вторым мужем мне помогал мой девиз «Приобретать не радуясь, терять не жалея», то есть стараться относиться ко всему, что с тобой происходит, спокойно. Выдерживать, не сломаться помогало и чувство юмора. Те истории, которые происходили со мной когда-то и вызывали слезы, теперь я рассказываю со смехом. Если бы не чувство юмора, я бы пила сейчас вместе с кем-то из своих мужей. Или сошла бы с ума. Одно время я слушала по радио передачу про бывших алкоголиков. Люди сумели остановиться, не пьют

много лет, но по-прежнему называют себя алкоголиками, правда, бывшими. Но что меня поразило? Муж перестаёт пить, а семья все равно распадается. Парадокс? Вовсе нет! Просто муж и жена стали чужими друг другу, вот и все.

И не писать бы, да чего уж: до конца так до конца душу изливать...

Несколько месяцев назад я познакомилась с женщиной (по переписке). В своей-то деревне - где их взять? Все хорошие - при жёнах, а жён я уважаю.

Первое своё письмо новому знакомому послала, посоветовавшись с дочерью. Он недавно написал, что хочет приехать к нам. Если огонь, воду и медные трубы буду проходить в очередной раз, то напишу вам нескоро. Ну а вдруг повезёт?! Тьфу-тьфу-тьфу! Чур меня! Как ни хорохорься, а так хочется женского счастья: «Был бы милый рядом»...



### Список использованной литературы:

1. Абельцев С.Н. Семейные конфликты и преступления / С.Н. Абельцев // Рос. юстиция. - 1999. - № 5. - С. 29-30.
2. 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.
3. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Н.В. Агазаде. - М., 1989. - 339 с.
4. Агазаде Н.В. К проблеме типологии аутоагрессивных явлений у психически больных / Н.В. Агазаде // I съезд психиатров социалистических стран. - М., 1987. - С. 28-32.
5. Агибалова Т.В. Алкогольная зависимость с позиций транзакционного анализа / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2007. - Т. 111. Выпуск 1. Алкоголизм. - С. 71-73.
6. Актуальные проблемы семей в России / под ред. Т.А. Гурко. - М.: Ин-т социологии РАН, 2006. - 223 с.
7. Алешина Ю.Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. - М., 1987. - 120 с.
8. Амбрумова А.Г. Предупреждение самоубийств (изучение и проведение предупредительных мер) / А.Г. Амбрумова, С.В. Бородин, А.С. Михлин. - М.: Академия МВД СССР, 1980. - 164 с.
9. Амбрумова А.Г. Семейная диагностика в суицидологической практике: метод. указания / А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова. - М., 1983. - 51 с.
10. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. - М., 1980. - 48 с.
11. Амбрумова А.Г. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: метод. рекомендации / А.Г. Амбрумова, Е.А. Чуркин. - М., 1980. - 16 с.

12. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Медицинская помощь. - 1994. - № 3. - С. 15-19.
13. Амелина Л.Т., Булгакова О.С. Взаимосвязь уровня самооценки и уровня конфликтности у созависимых родителей // Вестник психобиологии. - 2015. - № 1. - С. 39-47.
14. Андреева Т.В. Семейная психология / Т.В. Андреева. - СПб.: Речь, 2005. - 244 с.
15. Антонов А.И. Социология семьи: учебник / А.И. Антонов, О.В. Дорохина, В.М. Медков; под ред. А.И. Антонова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Инфра-М, 2007. - 640 с.
16. Асыллова З.Р., Чеверикина Е.А., Грязнов А.Н. Динамика межличностных отношений у лиц с наркотической зависимостью в процессе терциарной социализации / З.Р. Асыллова, Е.А. Чеверикина, А.Н. Грязнов // Казанский педагогический журнал. - 2015. - № 6(113). - С. 401-406.
17. Башманов В.В., Калиниченко О.Ю. Феномен созависимости: медико-психо-социальный аспект / В.В. Башманов, О.Ю. Калиниченко // Вестник новых медицинских технологий. - 2015. - № 1. - С. 5-3.
18. Берн Э. (Berne E.) Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: пер. с англ. / Э. Берн. - М.: Прогресс, 1988. - 400 с.
19. Берн Э. (Berne E.) Трансакционный анализ и психотерапия: пер. с англ. / Э. Берн. - СПб.: Братство, 1992. - 224 с.
20. Битти М. (Beattie M.) Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости: пер. с англ. / М. Битти. - М.: Физкультура и спорт, 1997. - 331 с.
21. Браун Дж. (Brown J.H.) Теория и практика семейной психотерапии: пер. с англ. / Дж. Браун, Д. Кристенсен. - СПб.: Питер, 2001. - 352 с.
22. Брюн Е.А. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии / Е.А. Брюн, Д.И. Шустов, О.Ж. Бузик // Психиатрия. - 2007. - № 1. - С. 278.

23. Буинова Д.И. Алкоголизм как фактор дисфункции семьи: зависимость и созависимость / Д.И. Буинова // Novainfo.ru. - 2015. - Т. 1. - № 39. - С. 275-279.
24. Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота. - М.: Литера, 2002. - 254 с.
25. Варга А.Я. Системная семейная терапия: краткий лекционный курс / А.Я. Варга. - СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
26. Васильева Т.Н. Созависимость: обреченность или свобода? / Т.Н. Васильева // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2015. - № 1-9. - С. 25-26.
27. 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.
28. Вацлавик П. (Watzlawick P.) Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия: пер. с англ. / П. Вацлавик, Дж. Бивин, Д. Джексон. - М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 320 с.
29. Вашкин Д.В. Алкоголизм - не приговор! / Д.В. Вашкин. - Litres, 2015. - 129 с.
30. Ведрин Ж. (Vedrinne J.) Можно ли оценить риск суицида / Ж. Ведрин, Д. Вебер // Социал. и клинич. психиатрия. - 1997. - Т. 7, № 3. - С. 69-73.
31. Витек К. (Witek K.) Проблемы супружеского благополучия: пер. с чеш. / К. Витек. - М.: Прогресс, 1988. - 144 с.
32. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социал. и клинич. психиатрия. - 2006. - Т. 16, № 3. - С. 22-28.
33. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология / В.Ф. Войцех. - М.: Миклош, 2008. - 208 с.

34. Войцехович Б.А. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы / Б.А. Войцехович, А.И. Редько // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1994. - № 1. - С. 23-25.
35. Кризис брака: кто виноват и что делать / ВЦИОМ.- М., 2007.- Электрон. дан. - Режим доступа: <http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/4083.html> . - 20.04.2011
36. Гагай В.В., Селезнева Е.И. Взаимосвязь смысловых ориентаций и жизнестойкости у созависимых женщин / В.В. Гагай, Е.И. Селезнева // Новая наука: современное состояние и пути развития. - 2016. - № 4-4. - С. 72-80.
37. Гичун В.С. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих внутренних войск МВД Украины (причины, механизмы, профилактика): дис. ... д-ра мед. наук / В.С. Гичун; Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». - Харьков, 2007. - 399 с.
38. 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.
39. Гречишкина А.П. Медицинские и психофизиологические аспекты семейных отношений: монография / А.П. Гречишкина. - Бердянск: БердГПУ, 2004. - 208 с.
40. Грязнов А.Н. Социально-психологические проблемы и последствия алкоголизма / А.Н. Грязнов // Неврол. вестн. - 2004. - Т. 36, Вып. 3-4. - С. 49-57.
41. Губарева Г.А. Созависимость: методологический аспект изучения, пути преодоления / Г.А. Губарева // Научные труды SWorld. - 2015. - Т. 8. - №4(41). - С. 9-14.
42. Гунько А.А. Клинико-генеалогическое эпидемиологическое исследование алкоголизма: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.45 / А.А. Гунько. - М., 1992. - 36 с.
43. Гунько А.А. Психические нарушения у женщин и мужчин, состоящих в браке с больными алкоголизмом / А.А. Гунько, В.Д. Москаленко // Вопр. наркологии. - 1992. - № 3-4. - С. 162-163.

44. Даулинг С. (Dowling S.) Психология и лечение зависимого поведения: пер. с англ. / С. Даулинг. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000. - 240 с.
45. Демографический ежегодник России. 2009: стат. сб. / Росстат.- М., 2009. - 557 с.
46. Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма / А.Ю. Егоров // Вестн. клинич. психологии. - 2005. - Т. 3, № 1. - С. 51-56.
47. Емельянова Е.А. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.А. Емельянова. - М.: Речь, 2008. - 368 с.
48. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. - СПб.: Элби., 2002. - 192 с.
49. Ефремов В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. - СПб.: Диалект, 2004. - 480 с.
50. Зайцев С.Н. Созависимость - умение любить: пособие для родных и близких наркомана, алкоголика / С.Н. Зайцев. - Н. Новгород, 2004. - 90 с.
51. Закирова В.М. Развод и насилие в семье - феномены семейного неблагополучия / В.М. Закирова // Социологические исследования. - 2002. - № 12. - С. 131-134.
52. Зуркарнеева З.Л. Клинико-социальные аспекты аутоагрессивного поведения больных с органическим поражением головного мозга / З.Л. Зуркарнеева, Д.М. Менделевич // Психическое здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы Первого Нац. конгр. по социальной психиатрии (Москва, 2-3 декабря 2004 г.). - М.: ГЕОС, 2004. - С. 54.
53. 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.
54. Исаев Д.С. Психология суицидального поведения: метод. рекомендации / Д.С. Исаев, К.В. Шерстнев. - Самара, 2000. - 72 с.

55. Исаева Э.Г. Картина личности и зависимость от психоактивных веществ / Э.Г. Исаева // *Вопр. наркологии*. - 2006. - № 5. - С. 86-93.
56. Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года: доклад. - М., 2004. - Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.perepis2002.ru/index.html?id=7> . - 27.02.2011.
57. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования / О.А. Карабанова. - М.: Гардарики, 2005. - 320 с.
58. Карвасарский Б.В. Клиническая психология / Б.В. Карвасарский. - СПб.: Питер, 2006. - 960 с.
59. Кибальченко И.А. Проблемы семьи, отягощённой алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика. Коррекция / И.А. Кибальченко. - Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 478 с.
60. Колупаев Г.П. Социальные последствия алкоголизма / Г.П. Колупаев, И.Г. Ураков // *Воен. - мед. журн.* - 1988. - № 1. - С. 67-68.
61. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте / А.Н. Корнетов // *Социал. и клинич. психиатрия*. - 1999. - Т. 9, № 2. - С. 75-90.
62. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. - М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 460 с.
63. Красильников Г.Т. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии / Г.Т. Красильников, Е.В. Мартынова // *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.
64. Кришталь Е.В. Алкоголизм супружеской пары: клинические и социально-психологические аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Е.В. Кришталь. - Харьков, 1998. - 26 с.
65. Курьянова Т.А. Особенности влияния семейных систем на подростка / Т.А. Курьянова // *Будущее науки-2015 [Текст]: Сборник научных статей 3-й Международной молодежной научной конференции (23-*

- 25 апреля 2015 года), в 2-х томах, Том 1, Юго-Зап. гос. ун-т, ЗАО «Университетская книга», Курск, - 2015. - С. 365-369.
66. Кухарчук О.В., Черткова В.В. К вопросу о созависимости как следствии патологизации семейных отношений / О.В. Кухарчук, В.В. Черткова // Современная педагогика. - 2015. - № 12 [Электронный ресурс]. URL: <http://pedagogika.snauka.ru/2015/12/5132> (дата обращения: 18.08.16).
  67. Лапланш Ж. (Laplanche J.) Словарь по психоанализу: пер. с франц. / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис. - М.: Высшая школа, 1996. - 623 с.
  68. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма / В.И. Литвиненко. - Полтава: АСМИ, 2003. - 144 с.
  69. Лукас К. (Lucas C.) Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства: пер. с англ. / К. Лукас, Г. Сейден. - М.: Смысл, 2000. - 255 с.
  70. 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.
  71. Майер Ф. (Meier P.) Выбираем любовь (Борьба с созависимостью): пер. с англ. / Ф. Майер, П. Минирт, Р. Хемфеот. - М.: Триада, 2005. - 320 с.
  72. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. - М.: ЭКСМО, 2005. - 992 с.
  73. Мальцева А.Е. Региональные особенности завершённых самоубийств в Кировской области / А.Е. Мальцева, И.В. Шешунов, В.В. Зыков // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - № 2 (15). - Электрон. дан. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/> . - 23.02.2011.
  74. Менделевич В.Д. Психология зависимой личности / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. - Казань, 2002. - 240 с.
  75. Меннингер К. (Menninger K.A.) Война с самим собой: пер. с англ. / К. Меннингер. - М.: ЭКСПО-Пресс, 2000. - 480 с.
  76. Меринов А.В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. - 2010. - № 9. - С. 59-63.

77. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // Наркология. - 2010. - № 3. - С. 77-80.
78. Меринов А.В. К феноменологии созависимости / А.В. Меринов // XIV Съезд психиатров России (Москва, 15-18 ноября 2005 г.): материалы съезда. - М., 2005. - С. 357.
79. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // Наркология. - 2010. - № 3. - С. 77-80
80. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дис. д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А.В. Меринов. - М., 2012. - 277 с.
81. Меринов А.В., Сомкина О.Ю. Феномен созависимости при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) / А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. - Т. 9. – № 6 (49). – С. 96-98
82. Меринов А.В. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Рос. психиатр. журн. - 2002. - № 3. - С. 58-61.
83. 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.
84. Меринов А.В., Шустов Д.И., Лукашук А.В. Суицидологическая и наркологическая характеристики супругов, страдающих алкогольной зависимостью, и варианты динамики брака / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - Т. 116. - № 6. - С. 14-19.
85. Минко А.И. Наркология: новейший справочник / А.И. Минко, И.В. Линский. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Эксмо, 2005. - 736 с.
86. Мирошниченко Л.Д. Смертность от отравлений алкоголем / Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас, В.П. Нужный // Вопр. наркологии. - 2005. - № 3. - С. 68-81.



87. Москаленко В.Д. Аддиктивное поведение в семьях больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко, Т.Л. Шibaкова // Наркология. - 2003. - № 9. - С. 14-17.
88. Москаленко В.Д. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией в диадах сын-отец / В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2001. - Вып. 4. - С. 19-22.
89. Москаленко В.Д. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией в диадах сын-отец / В.Д. Москаленко, А.В. Шевцов // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2001. - Вып. 4. - С. 19-22.
90. Москаленко В.Д. Дети больных алкоголизмом (возраст от 0 до 18 лет): обзорная информация / В.Д. Москаленко. - М., 1990. - 68 с.
91. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко // Алкоголизм в семье: хрестоматия: в 2 ч. / сост.: Л.Б. Шнейдер. - М.: Изд-во Моск. психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЕК», 2004. - Ч. 2. - С. 592-605.
92. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом / В.Д. Москаленко // Вопр. наркологии. - 1995. - № 2. - С. 76-79.
93. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д. Москаленко. - М.: ПЕР СЭ, 2002. - 336 с.
94. Москаленко В.Д. Когда любви слишком много: Профилактика любовной зависимости / В.Д. Москаленко. - М.: Психотерапия, 2006. - 224 с.
95. 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.
96. Москаленко В.Д. Особенности формирования эмоциональной сферы детей из дисфункциональных семей / В.Д. Москаленко // Вестн. Московского государственного областного университета. Сер. Психологические науки. - 2007. - № 3. - С. 345-351.

97. Москаленко В.Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ / В.Д. Москаленко // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2004. - Вып. 9. - С. 71-75.
98. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании / В.Д. Москаленко. - М., 2002. - 112 с.
99. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления / В.Д. Москаленко // Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Нолидж, 2000. - С. 365-405.
100. Москаленко В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании / В.Д. Москаленко // Наркология. - 2007. - № 3. - С. 25-30.
101. Нашкенова А.М., Де А. Основные психотерапевтические подходы к лечению алкоголизма // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2015. - № 2. - С. 193-195.
102. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России / А.В. Немцов. - М.: NALEX, 2003. - 136 с.
103. Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период / А.В. Немцов. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - 320 с.
104. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия, 1981-1998 годы / А.В. Немцов // Вопр. наркологии. - 2002. - № 4. - С. 53-61.
105. 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.
106. Нойберт Р. (Neubert R.) Новая книга о супружестве: проблема брака в настоящем и будущем: пер. с нем. / Р. Нойберт. - М.: Планета, 1991. - 320 с.
107. Нужный В.П. Вино в жизни и жизнь в вине / В.П. Нужный. - 2-е изд., доп. - М.: СИНТЕГ, 2001. - 396 с.
108. Осинская С.А., Кравцова Н.А. Системная детерминация созависимости: некоторые подходы к объяснению феномена / С.А. Осинская, Н.А. Кравцова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2016. - Т. 12. - № 1. - С. 42-57.

109. Острое отравление алкоголем и его суррогатами (патогенез, клиника, диагностика и лечение) / Ю.Ю. Бонитенко [и др.]. - СПб.: Лань, 2000. - 112 с.
110. Парран Т.В. Проблемы болезней зависимости в семье / Т.В. Парран, М.Р. Лиепмен, К. Фаркас // Вопр. наркологии. - 2007. - № 3. - С. 78-88.
111. Пезешкиан Н. (Pezeshkian N.) Семейная психотерапия: семья как терапевт: пер. с англ. / Н. Пезешкиан. - М.: Смысл, 1993. - 332 с.
112. Пелипас В.Е. Правонарушения, совершенные душевнобольными из тенденции к так называемому «опосредованному самоубийству» / В.Е. Пелипас // Материалы конф., посвящ. вопросам принудительного лечения и реадaptации психически больных. - М., 1970. - С. 60-61.
113. 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.
114. 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.
115. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Г.Я. Пилягина. - Киев, 2004. - 32 с.
116. Пилягина Г.Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? / Г.Я. Пилягина // Таврический журн. психиатрии. - 1999. - Т. 3, № 3. - С. 24-27.
117. Пилягина Г.Я. Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов) / Г.Я. Пилягина // Таврический журн. психиатрии. - 2002. - Т. 6, № 2. - С. 52-56.

118. 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.
119. Положий Б.С. Место и роль суицидологии в клинической медицине / Б.С. Положий // Материалы XIV съезда психиатров России (Москва, 15-18 ноября 2005 г.). - М., 2005. - С. 446-447.
120. Полушкина И.В., Алаторцева Ю.А. Созависимость как образ идеальных отношений для современной молодежи / И.В. Полушкина, Ю.А. Алаторцева // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. - 2016. - № 50-1. - С. 99-103.
121. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: дис. ... канд. мед. наук / В.В. Постнов. - Оренбург, 2003. - 171 с.
122. Пояркова Е.В. Семейная системная психотерапия в лечении созависимости / Е.В. Пояркова // Психология. - 2004. - № 4. - С. 7-10.
123. Проценко Е.Н. Наркотики и наркомания: Надежда в беде / Е.Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. - М.: Триада, 2006. - 240 с.
124. Психологические защиты у больных алкоголизмом и паническим расстройством / Д.Б. Цыганков [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2008. - Т. 108, Вып. 11. - С. 96-97.
125. Пупков С.В. Нравственно-ценностная позиция социолога: теоретический аспект: монография / С.В. Пупков. - Самара: Изд-во СГПУ, 2007. - 112 с.
126. 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.
127. 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.
128. Румянцева Г.А. Суицидальное поведение молодёжи / Г.А. Румянцева // Проблемы девиантного поведения молодёжи в современном обществе: сб. тез. науч. конф. - СПб., 2001. - С. 86-87.

129. Сабиров 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. Сабиров. - Казань, 2005. - 21 с.
130. Симатова О.Б. Семейная созависимость как фактор риска аддиктивного поведения подростков / О.Б. Симатова // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. - 2015. - № 1. - С. 47-57.
131. Симонова Е.Н. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью / Е.Н. Симонова // Моск. психотерапевтический журн. - 2001. - № 3. - С. 162-171.
132. Сливко К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов: дис. ... канд. мед. наук / К.Ю. Сливко. - Владивосток, 2003. - 160 с.
133. Смит Э. (Smit E.) Внуки алкоголиков. Проблемы взаимозависимости в семье: пер. с англ. / Э. Смит. - М.: Просвещение, 1991. - 127 с.
134. Социология семьи / под ред. А.И. Антонова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Инфра, 2005. - 640 с.
135. 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
136. Старшенбаум Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. - М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. - 300 с.
137. Стюард Я. (Steward I.) Современный транзактный анализ / Я. Стюард, В. Джойнс. - М.: Изд-во «Социально-психологический центр», 1996. - 332 с.
138. 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.

139. Ташёва А.И. Насилие в алкогольной семье / А.И. Ташёва, С.Ю. Зелинская // Психологический вестн. - Ростов н / Д.: Изд-во Рост. ун-та, 1996. - Вып. 1, ч. 3. - С. 52-64.
140. Ташёва А.И., Бедрединова С.В. Созависимость девушек из алкогольных семей в зеркале проблемного поведения / А.И. Ташёва, С.В. Бедрединова // Психологические проблемы современной семьи: сборник тезисов VI-ой Международной научной конференции. Под ред. Карабановой О.А., Захаровой Е.И., Чурбановой С.М., Васягина Н.Н. - 2015. - С. 640-645.
141. Уайнхолд Б. (Weinhold В.К.) Освобождение от созависимости: пер. с англ. / Б. Уайнхолд, Д. Уайнхолд. - М.: Класс, 2008. - 233 с.
142. Фрейд З. (Freud S.) Введение в психоанализ: лекции / З. Фрейд. - М.: Наука, 1991. - 456 с.
143. Фромм Э. (Fromm E.) Анатомия человеческой деструктивности: пер. с англ. / Э. Фромм. - М.: Республика, 1994. - 447 с.
144. Халтурина Д.А. Алкоголь и наркотики как фактор демографического кризиса / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаяев // Социологические исследования. - 2006. - № 7. - С. 104-112.
145. Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии / Д.А. Халтурина // Наркология. - 2007. - № 5. - С. 10-18.
146. Халтурина Д.А. Русский крест. Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаяев. - М.: УРСС, 2006. - С. 128
147. Ховрачёв А.П. Личностные основы аутоагрессии больных алкогольной зависимостью / А.П. Ховрачёв, 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.
148. Худякова А.А., Плешкова Н.Л. Взаимосвязь представлений о детском опыте и особенностей психологической адаптации у женщин с созависимостью / А.А. Худякова, Н.Л. Плешкова // Научные

- исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / под ред. А.В. Шаболтас. - СПб.: Изд-во С. - Петерб. ун-та, 2015. - С. 189-194.
149. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей / В.М. Целуйко. - М.: Изд-во «ВЛАДОС-ПРЕСС», 2003. - 214 с.
150. 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 Всероссий. науч.-практ. конф. - Казань, 2006. - С. 332-336.
151. Черняк Е.М. Социология семьи / Е.М. Черняк. - М.: Дашков и К., 2007. - 248 с.
152. 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.
153. Чуприков А.П. Суицидология. Основные термины и понятия / А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина, В.Ф. Войцех. - Киев: Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, 1999. - 60 с.
154. Шабанов П.Д. Основы наркологии: монография / П.Д. Шабанов. - СПб.: Лань, 2002. - 556 с.
155. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм / Л.К. Шайдукова. - Казань: Издат. дом «Мир без границ», 2006. - 176 с.
156. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм / Л.К. Шайдукова // Рос. психиатр. журн. - 2005. - № 5. - С. 53-61.
157. Шевцова Ю.Б. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2 / Ю.Б. Шевцова // Наркология. - 2007. - № 9. - С. 42-51.
158. Шнейдер Л.Б. Семейная психология / Л.Б. Шнейдер. - М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга., 2006. - 768 с.
159. Шнейдман Э. (Shneidman E.) Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. - М.: Смысл, 2001. - 315 с.
160. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. - СПб.: Речь, 2002. - 136 с.

161. Штайнер К. (Steiner C.) Игры, в которые играют алкоголики: пер. с англ. / К. Штайнер. - М.: Апрель Пресс, Изд-во «Эксмо», 2003. - 304 с.
162. Штайнер К. (Steiner C.) Сценарии жизни людей: пер. с англ. / К. Штайнер. - СПб.: Питер, 2003. - 416 с.
163. Шустов Д.И. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) / Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик // Вопр. наркологии. - 2001. - № 4. - С. 32-43.
164. Шустов Д.И. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) / Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик // Вопр. наркологии. - 1998. - № 3. - С. 86-95.
165. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение больных алкогольной зависимостью: этиопатогенетические и клинические аспекты: методическое пособие для психиатров-наркологов / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - М., 2001. - 20 с.
166. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение больных хроническим алкоголизмом (диагностика, клиника, лечение): учебное пособие / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - Рязань: РязГМУ, 2002. - 93 с.
167. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... д-ра мед. наук / Д.И. Шустов. - Рязань, 2000. - 382 с.
168. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. - М.: Когито-Центр, 2005. - 214 с.
169. 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.
170. Шустов Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу / Д.И. Шустов. - М.: Когито-центр, 2009. - 366 с.
171. Шутценбергер А.А. (Schützenberger A.A.) Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы / А.А. Шутценбергер. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. - 240 с.



172. Эйдмиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдмиллер, В. Юстицкис. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
173. 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.
174. 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.
175. Aldridge D. Suicide. The tragedy of hopelessness / D. Aldridge. - London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999. - 311 p.
176. 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.
177. Beattie M. Codependent no more / M. Beattie. - N.Y.: Harper Collins Publishers, 1989. - 229 p.
178. 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.
179. 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.
180. Berne E. What Do You Say after You Say Hello / E. Berne. - New York: Grove Press, 1972. - 318 p.
181. Bortolon C.B. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users / C.B. Bortolon // *Ciência & Saúde Coletiva.* - 2016. - T. 21. - №. 1. - P. 101-107.
182. Bulik C.M. Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families / C.M. Bulik // *Am. J. Psychiatry.* - 1987. - №. 144. - P. 1604-1606.
183. 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.

184. Cremona A. Mad drivers: psychiatric illness and driving performance / A. Cremona // Brit. J. Hospital Medicine. - 1986. - Vol. 28. - P. 193-195.
185. Dinwiddie S.H. Psychiatric disorders among wife batterers / S.H. Dinwiddie // Compr. Psychiatry. - 1992. - Vol. 33. - P. 411-416.
186. Domenico D. Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics / D. Domenico, M. Windle // J. Cons. Clin. Psychol. - 1993. - № 61. - P. 659-666.
187. 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.
188. 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.
189. English F. Episcrypt and the «hot potato» game / F. English // Transactional Analysis Bulletin. - 1969. - Vol. 8. - P. 77-82.
190. Frances R.J. Suicide and alcoholism / R.J. Frances, J. Franklin, D.K. Flavin // Amer. J. Drug Alcohol Abuse. - 1987. - Vol. 13, № 3. - P. 327-341.
191. 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.
192. Galanter M. Self - destructive behavior in the substance abuser / M. Galanter, R. Castaneda // Psych. Clin. North. Am. - 1985. - Vol. 8, № 2. - P. 251-261.
193. 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.
194. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism / C.R. Cloninger [et al.] // Adv. Alcohol. and Subst. Abuse. - 1988. - Vol. 7, № 3-4. - P. 3-16.

195. Gierimski T. Codependency / T. Gierimski, T. Williams // J. Psychoactive Drugs. - 1986. - Vol. 18, № 1. - P. 7-13.
196. Goodwin D.W. Is alcoholism hereditary? / D.W. Goodwin. - 2nd ed. - New York: Ballantine Books, 1988. - 261 p.
197. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention / E.A. Grollman. - 2nd ed. - N.Y.: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. - 151 p.
198. 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.
199. Hanna E.Z. Marriage: does it protect young women from alcoholism? / E.Z. Hanna, V.B. Faden, T.C. Harford // J. Subst. Abuse. - 1993. - Vol. 5, № 1. - P. 1-14.
200. 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.
201. Hingson R. Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature / R. Hingson, J. Howland // J. Stud. Alcohol. - 1997. - Vol. 48, № 3. - P. 212-219.
202. Hirsch J.K. A review of the literature on rural suicide / J.K. Hirsch // Crisis. - 2006. - Vol. 27, № 4. - P. 189-199.
203. Hudak J. Alcohol problems and the family life cycle / J. Hudak, J.A. Krestan, C. Bepko // The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives / eds.: B. Carter, M. McGoldrick. - 3 ed. - Boston: Allyn and Bacon, 1999. - P. 455-469.
204. 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.
205. 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.
206. Jackson D.D. Family Rules: The Marital Quid Pro Quo / D.D. Jackson // Arch. Gen. Psychiatr. - 1965. - Vol. 12. - P. 589-594.

207. Johnson S. Children of alcoholics: drinking, drinking styles, and drug use / S. Johnson, K. Leonard, T. Jacob // Research Society of America. - San Francisco, 1986. - 216 p.
208. 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.
209. Karpman S. Fairy tales and script drama analysis / S. Karpman // Transactional Analysis Bul. - 1968. - № 7. - P. 39-43.
210. Kaur S.A. Descriptive Study to Assess Depression and Codependency among Wives of Alcoholics in a Selected Rural Community of Gurdaspur, Punjab / S.A. Kaur // Asian Journal of Nursing Education and Research. - 2016. - T. 6. - №. 2. - P. 183-187.
211. 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.
212. Kaufman E. Family system variables in Alcoholism / E. Kaufman // Alcohol and Alcoholism. - 1984. - Vol. 8, № 1. - P. 4-8.
213. Kaufman E. The family of the alcoholic patient / E. Kaufman // Psychosomatics. - 1986. - Vol. 27, № 5. - P. 347-360.
214. 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.
215. Kingree J.B. Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems / J.B. Kingree, M.P. Thompson, N.J. Kaslow // Addict. Behav. - 1999. - Vol. 24, № 4. - P. 583-587.
216. Kreitman N. Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study / N. Kreitman, P. Casey // Brit. J. Psychiatry. - 1988. - Vol. 153 (Dec.). - P. 792-800.
217. 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.

218. Kuenzler A. Couple alcohol treatment benefits patients' partners / A. Kuenzler, L.E. Beutler // *J. Clin. Psychol.* - 2003. - Vol. 59, № 7. - P. 791-806.
219. Korostiy V. Clinical implications of codependency as a model of health disorders associated with stress, in wives of men with alcohol dependence // *European Psychiatry.* - 2016. - 33. - P. 303-304.
220. Lancer D. *Codependency for Dummies.* - John Wiley & Sons, 2015. - 347 p.
221. Le Poire B.A. Does the codependent encourage substance-dependent behavior? Paradoxical injunctions in the codependent relationship / B.A. Le Poire // *International Journal of the Addictions.* - 1992. - Vol. 27, № 12. - P. 1465-1474.
222. Leenaars A.A. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States / A.A. Leenaars, B. Yang, D. Lester // *J. Clin. Psychol.* - 1993. - Vol. 49, № 6. - P. 318-321.
223. Masson D. Jeunes suicidant et leur famille / D. Masson, M. Collard // *Soc. Psychiatry.* - 1987. - Vol. 22, № 2. - P. 85-92.
224. McBride A.J. Toad's syndrome: Addiction to joy riding / A.J. McBride // *Addiction Research.* - 2000. - Vol. 8, № 2. - P. 129-140.
225. Meehan P.J. Prevention: The endpoint of suicidology / P.J. Meehan // *Mayo Clinic Proceeding.* - 1990. - Vol. 65. - P. 115-118.
226. Mendelhall W. Co-dependency definitions and dynamics / W. Mendelhall // *Alcohol. Treat. Quart.* - 1989. - Vol. 6, № 1. - P. 3-17.
227. Milgram G.G. The facts about drinking. Coping with alcohol use, abuse and alcoholism / G.G. Milgram. - Mount Vemon, New York: Consumers Union, 1990. - 191 p.
228. Mitchell J. *SAD: Suicide, Alcohol & Drugs in the Entertainment Industry* / J. Mitchell. - Hampstern: Old Line Publishing. - 2011. - 104 p.
229. 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.

230. 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.
231. Murphy G.E. The lifetime risk of suicide in alcoholics / G.E. Murphy, R.D. Wetzel // *Arch. Gen. Psychiatr.* - 1990. - Vol. 47, № 4. - P. 383-392.
232. Nici J. Wives of alcoholics as «repeaters» / J. Nici // *J. Stud. Alcohol.* - 1979. - № 40. - P. 677-682.
233. Poldinger W.J. The psychopathology and psychodynamics of self-destruction / W.J. Poldinger // *Crisis.* - 1989. - Vol. 10, № 2. - P. 113-122.
234. Potter-Efron R.T. Outpatient co-dependency treatment / R.T. Potter-Efron, P.S. Potter-Efron // *Alcohol. Treat. Quart.* - 1989. - Vol. 6, № 1. - P.151-167.
235. Predictors of mortality in alcoholic men: a 20-year follow-up study / C.E. Lewis [et al.] // *Alc. Clin. Exp. Res.* - 1995. - Vol. 19, № 4. - P. 984-991.
236. Psychopathologic risk factors for intentional and nonintentional injury / G.V. Poole [et al.] // *J. Trauma.* - 1997. - Vol. 42, № 4. - P. 711-715.
237. Rahgozar F. The relationship of expressed emotion, codependency, coping styles for family stress and the symptoms of obsessive-compulsive patients / F. Rahgozar // *Scientific journal of rehabilitation medicine fall.* - 2015. - Vol. 4. - № 3. - P. 140- 148.
238. Reichelt-Nauseef S. Beitrag der Familientherapie zur frühzeitigen Hilfe für den Alkoholiker und seine Familie / S. Reichelt-Nauseef, C. Hedder // *Suchtgefahren.* - 1985. - Bd. 31. - S. 261-270.
239. 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.
240. Rossow I. Suicide, Alcohol, and Divorce. Aspect of Gender and Family Integration / I. Rossow // *Addiction.* - 1993. - Vol. 88. - P. 1659-1965.
241. Schuckit M.A. Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? / M.A. Schuckit, J.E. Tipp, E. Kelner // *Am. J. Drug. Alcohol Abuse.* - 1994. - Vol. 20, № 2. - P. 237-245.

242. 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 // *J. Stud. Alcohol.* - 2000. - Vol. 61. - P. 827-835.
243. Schuckit M.A. Women who marry men with alcohol-use disorders // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2002. - Vol. 26, № 9. - P. 1336-1343.
244. Shafer M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* - 2000. - Vol. 50, № 2. - P. 38-50.
245. Shafer M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* - 2000. - Vol. 50, № 2. - P. 38-50.
246. Sher K.J. Psychological characteristics of children of alcoholics // *Alcohol health & research world.* - 1997. - Vol. 21, №. 3. - P. 187-191.
247. Sher L. Alcohol consumption and suicide // *Quarterly Journal of Medicine.* - 2006. - Vol. 99, № 1. - P. 57-61.
248. Smoking and the risk of suicide / A. Tanskanen [at al.] // *Acta Psychiat. Scan.* - 2000. - Vol. 101. - P. 243-245.
249. Stack S. Divorce and drinking: an analysis of Russian data / S. Stack, E. Bankowski // *J. Marriage Fam.* - 1994. - Vol. 56. - P. 805-812.
250. 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.
251. Suicide. An unnecessary death / ed.: D. Wasserman. - London, UK: Martin Dunitz, 2001. - 286 p.
252. Wagner B.M. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior / B.M. Wagner // *Psychol. Bull.* - 1997. - Vol. 121, № 2. - P. 246-298.
253. Warren L.W. The context of suicide / L.W. Warren, C. Tomlinson-Keasey // *Amer. J. Orthopsychiatry.* - 1987. - Vol. 57, № 1. - P. 41-48.
254. 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.

255. 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.
256. Yang S., Hong J.A. Factors Influencing Family-function in Families of Pathological Gamblers / S. Yang, J.A. Hong // Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. - 2015. - Vol. 24. - № 3. - P. 196-206.
257. Ziter M.Z.P. Treating alcoholic families: The resolution of boundary ambiguity / M.Z.P. Ziter // Alcohol. Treat. Quart. - 1989. - Vol. 5, № 3-4. - P. 221-233.



*Научное издание*

**Алексей Владимирович МЕРИНОВ**

**РОЛЬ И МЕСТО ФЕНОМЕНА АУТОАГРЕССИИ  
В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

*Авторская редакция*

Ответственный за выпуск *Кошеверская М.М.*

Подписано в печать 09.01.2017

Формат 148х210. Печать цифровая.

Авт. печ. л. 10. Тираж 700 экз. Заказ № 1701.

ООО «Экспертные решения»

194223, Санкт-Петербург, ул. Жака Дюкло, д.10

Тел.: (812) 931-08-36, 919-36-20

**[www.knigapress.ru](http://www.knigapress.ru)**