

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

На правах рукописи

БАЙКОВА Мария Александровна

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ИМЕЮЩИХ  
РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук, доцент  
Меринов Алексей Владимирович

Рязань – 2020

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12
1.1 Место «взрослых детей алкоголиков» в суицидологической и наркологической практиках.....	12
1.2 Влияние генетических и средовых факторов на формирование феномена «взрослых детей алкоголиков».....	14
1.3 Созависимость и «взрослые дети алкоголиков».....	19
1.4 Современные представления о «взрослых детях алкоголиков».....	22
1.5 Аутоагрессивность «взрослых детей алкоголиков».....	30
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1 Характеристика объектов исследования.....	34
2.2 Методология и методы проведения исследования.....	36
ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ИМЕЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	43
3.1 Суицидологические характеристики юношей из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью.....	43
3.2 Суицидологические характеристики юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	51
3.3 Суицидологические характеристики юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	59
3.4 Суицидологические характеристики юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью.....	65
3.5 Сравнение суицидологических характеристик подгрупп юношей из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью	75
3.6 Суицидологические характеристики девушек из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью.....	85
3.7 Суицидологические характеристики девушек, отцы которых	

страдают алкогольной зависимостью.....	91
3.8 Суицидологические характеристики девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	95
3.9 Суицидологические характеристики девушек, у которых оба ро- дителя страдают алкогольной зависимостью.....	99
3.10 Сравнение суицидологических характеристик подгрупп девушек из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	116
ВЫВОДЫ.....	130
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРА- БОТКИ ТЕМЫ.....	132
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	134
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	135
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	157
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	164

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Существуют официальные данные, указывающие на формирование тренда снижения заболеваемости алкогольной зависимостью [176]. Однако, несмотря на наметившиеся позитивные тенденции в наркологической сфере, ситуация в нашей стране по-прежнему остается неутешительной [14, 15, 19, 22, 24, 27, 28, 39, 42, 58]. Алкогольная зависимость является одной из основных проблем социальной и экономической дезадаптации индивида [9, 14, 32, 33, 50, 51, 58, 61, 64, 70, 75, 82, 112, 148, 177, 178], а помимо самого аддикта затрагивает его семью, неизбежно оказывая деструктивное влияние на потомство [4-8, 22, 28, 30, 34, 35, 37, 75, 82, 94, 131, 138, 144]. Количество, так называемых «алкогольных» семей, в России велико, что, безусловно, приводит к разносторонней травматизации детей, растущих в таких условиях, передаче аддиктивной траектории, и к упрочению алкогольной зависимости в качестве жизненного уклада [15, 19, 20, 23, 26, 29, 31, 32-38, 83, 101, 119].

Многие исследователи единодушны в мнении, постулирующем высокий риск развития собственной химической и нехимической зависимости у детей из данных семей [2, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 34, 35, 61, 73, 119, 147]. Так же большое количество исследований касаются эмоциональной неустойчивости и повышенного риска суицидального поведения «Взрослых Детей Алкоголиков» (ВДА) [4-8, 11, 12, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 39, 42, 43, 137, 158, 171, 179].

По данным ВОЗ за 2016 г. количество суицидов в России в среднем составляло 26,5 на 100 000 населения, что в 2,5 раза выше, чем в остальном мире [181]. Россия занимает третье место по количеству самоубийств, уступая Гайане и Лесото [42, 43, 181]. Согласно подсчетам, каждые 12 минут в нашей стране самостоятельно прерывает свою жизнь один человек [42, 181]. Смертность лиц 15-29 лет от самоубийства является одной из самых распространенных причин после гибели

в ДТП [42, 181]. ВДА, по данным исследователей, характеризуются сокращением общей продолжительности жизни, на которое указывает сокращение доли ВДА в популяции среди лиц 30-40 лет [32, 34, 35]. Однако подробного исследования суицидологических характеристик ВДА на текущий момент и ранжирования их по степени выраженности соответствующего риска не проводилось. Существенное влияние на что, вероятно, имеет общая высокая частота суицидальных паттернов, обнаруживаемых у них [30], что, несомненно, нуждается в дальнейшей конкретизации влияния парентальной фигуры, зависимой от алкоголя. Оговоримся, что в работах, касающихся аутоагрессивного поведения ВДА, речь почти всегда идет о присутствии классической суицидальной аутоагрессии, и значительно меньше внимания уделяется несуйцидальным путям ее реализации, описанными многими исследователями [1, 4-8, 12, 30, 32, 34, 39, 42, 43, 52, 53, 59, 61, 72, 179].

Существуют различные теории повышенной аутоагрессивности ВДА [20, 22, 42, 43, 50, 53, 73, 101], среди которых ведущие места занимают наследственная, теория передачи дезадаптивной копинг-стратегии, теория стресс – диатеза, теория «научения». Данные теории, безусловно, являются весьма перспективными в контексте изучения суицидальности ВДА, однако механизм формирования обнаруживаемого уровня аутоагрессии еще далек от окончательного понимания, не прояснены особенности влияния пола родителей на юношей и девушек, выросших в подобных семьях.

### **Степень разработанности темы**

На настоящее время связь алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения, а конкретно, самоубийств не оставляет сомнений. Если речь заходит о живущих с алкогольным аддиктом, к ним применяется термин «созависимость», который обуславливает их суицидологическое неблагополучие [30, 32, 34, 36, 39, 40]. Около 10-ти лет назад в зарубежной и позднее в отечественной литературе появился термин «Взрослые Дети Алкоголиков». При этом разрозненные и несистематизированные данные постулируют общую аутодеструктивность ВДА и вы-

сокую вероятность развития у них алкогольной зависимости. Однако в ряде исследований зарубежных авторов [65, 68, 84, 97, 101, 112, 117, 138, 147, 156] говорится о выраженной гетерогенности ВДА, но не уточняется причин данного феномена, условий разделения ВДА по уровню их социального функционирования. Постулируется связь данного расщепления популяции ВДА на высоко, средне и низко социально функционирующие группы, к сожалению, сути механизма такого деления не раскрывается. В связи с этим видится перспективной теория семейной передачи траектории аутоагрессивного поведения от родителей потомству.

### **Цель и задачи исследования**

**Целью** настоящего исследования является изучение суицидологических характеристик девушек и юношей из семей, в которых присутствовала алкогольная зависимость у матери или отца, либо у обоих родителей.

В соответствии с целью, нами были поставлены следующие **задачи исследования:**

- Изучить суицидологические характеристики юношей и девушек, выросших в семьях, где хотя бы один из родителей или оба страдают алкогольной зависимостью;
- Конкретизировать влияние пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью, либо количества родителей, зависимых от алкоголя, на суицидологические характеристики их взрослых детей;
- Изучить влияние присутствия родительской алкогольной зависимости (отца, матери или обоих родителей) на суицидологические характеристики их взрослых детей с учетом их половой принадлежности;
- Продемонстрировать гетерогенность взрослых детей из семей, в которых хотя бы один родитель страдает алкогольной зависимостью, в суицидологическом отношении в зависимости от количества парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью.

## Научная новизна

- Уточнена суицидологическая характеристика юношей и девушек, выросших в семьях, в которых мать или отец страдает алкогольной зависимостью;
- Изучена суицидологическая характеристика лиц, выросших в семьях, в которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью.
- Конкретизировано значение пола ребенка на формирование его суицидологически значимых особенностей в условиях воспитания в семье, где алкогольной зависимостью страдает отец, или мать, или оба родителя;
- Продемонстрирована неоднородность детей, выросших в семьях лиц, страдающих алкогольной зависимостью (в зависимости от присутствия аддикции у отца, матери или обоих родителей), в суицидологическом плане.

## Теоретическая и практическая значимость исследования

Данное исследование обогащает теорию в отношении аутоагрессивного поведения ВДА, его возможных причин, степени выраженности в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, выраженности суицидального риска в различных подгруппах ВДА, а также особенностей личностных характеристик ВДА в контексте их аутоагрессивного поведения.

Ценным является выявленная в ходе исследования гетерогенность структуры популяции «Взрослых Детей Алкоголиков», выраженность аутоагрессивных феноменов в зависимости от того, кто из родителей страдает алкогольной зависимостью. Данный аспект широко применим не только в суицидологической, но и в наркологической практике. Знание и понимание влияния родительской алкогольной зависимости на структуру и степень выраженность аутоагрессивных паттернов поведения их детей может помочь не только в отношении персонификации подхода, но и определения степени суицидологического риска. Это может в пер-

спективе способствовать более успешному проведению превентивных мероприятий в области суицидологии.

### **Методология исследования**

Данное исследование является контролируемым рандомизированным исследованием. В ходе проведенного исследования использовались следующие методы: клинико-анамнестический, метод анкетирования и методы статистической обработки данных. Для решения поставленных цели и задач нами было обследовано 379 человек. Из них 195 человек – лица мужского пола (60 человек составили контрольную группу, 135 – исследовательскую), 184 – лица женского пола (60 человек составили контрольную группу, 124 – исследовательскую).

Клинические особенности обследованных лиц были оценены посредством очного интервью, метода анкетирования, а также на основании данных «Модифицированного опросника, направленного на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденного Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [61].

Для оценки личностных особенностей использовались следующие методики:

- тест Mini-Mult (сокращенный вариант MMPI) [17] - для диагностики личностных расстройств;
- тест Плутчека Келлермана-Конте [44] - для диагностики психологических защитных механизмов;
- опросник STAXI (State-Trait Anger Inventory) - STAXI, для оценки специфики переживания гнева, направленности гнева, состояния гнева и соотношения его с такими феноменами как гетероагрессия и аутоагрессия [49].

Дизайн исследования включал в себя два этапа: на первом этапе мы сравнивали общие группы юношей и девушек, имеющих хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью с соответствующими им контрольными группами; на втором этапе все исследуемые группы были разделены нами на под-



группы по полу и числу родительских фигур, зависимых от алкоголя, после чего проведены необходимые серии сравнений с соответствующими контрольными группами и, для определения специфических суицидологических отличий были проведены сравнения между исследовательскими группами.

Методы математической статистики были применены для оценки отличий в исследованных группах; использовались t-критерий Стюдента с определением для него степеней свободы (df), непараметрический критерий Пирсона ( $\chi^2$  – критерий). Для оценки тесноты связи признаков в исследуемых группах использовались отношение шансов (ОШ) и доверительный интервал (ДИ). Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ . Статистическая обработка данных производилась с помощью программы STATISTICA 7.0.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Молодые люди, выросшие в семьях, где родитель или родители, страдающие алкогольной зависимостью, являются заметно более аутоагрессивным срезом популяции, нежели их сверстники, воспитанные в семьях, не имеющих в своем составе лица, зависимого от алкоголя.
2. Обнаруженные суицидологические характеристики касаются самого широкого спектра аутоагрессивных проявлений как суицидальной направленности, так и различных вариантов несуйцидальных путей их реализации и ряда значимых для суицидологической практики личностных характеристик.
3. Пол, страдающего алкогольной зависимостью родителя, а также наличие двух зависимых от алкоголя родителей, по-разному оказывает влияние на суицидологические характеристики их детей.
4. Популяция молодых лиц, воспитанных в семьях больных алкогольной зависимостью, гетерогенна как в отношении направленности аутоагрессивных импульсов, так и их выраженности, что целесообразно использовать при терапевтической и профилактической работе с изучаемым контингентом лиц.

**Личный вклад автора** состоит в самостоятельном опросе и анкетировании респондентов и их родителей, постановке задач, подборе методов исследования, статистической обработке, анализе обобщении полученных результатов исследования, формулировке выводов. Представленные в работе результаты исследований получены автором самостоятельно.

**Достоверность научных положений и выводов** обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (клинико-anamнестический, метод анкетирования, и статистический) соответствующим поставленным задачам.

### **Апробация результатов исследования**

Основные результаты исследования были представлены на следующих конференциях: Международный медицинский Форум «Эстафета вузовской науки» (08-10 февраля 2018 г., Москва); XIV Всероссийская Школа молодых психиатров «Суздаль – 2019» (17-22 апреля 2019 г., Суздаль); Симпозиум «Смежные вопросы психиатрии и наркологии глазами молодых ученых» в рамках V Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» (10-11 октября 2019 г., Рязань); Научно-практическая конференция с международным участием «Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии» (14-15 февраля 2020 г., Тюмень).

**Результаты исследования внедрены** в лечебно-профилактическую деятельность Государственного бюджетного учреждения Рязанской области «ОКПБ им. Н.Н. Баженова», в образовательную деятельность кафедры психиатрии и кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

## **Публикации**

По теме диссертационного исследования опубликовано 7 научных статей, из которых 3 - в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией при Минобрнауки России, 4 - в журналах, входящих в международные цитатно-аналитические базы данных Scopus и Web of Science.

## **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 173 страницах машинописного текста, разделена по структуре на следующие части: введение, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы (181 наименование, из них – 63 отечественных и 118 иностранных источников), список иллюстративного материала и приложения (4), в которых представлены использованные психодиагностические инструменты. Диссертация иллюстрирована 71 таблицей, 7 рисунками.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1 Место «взрослых детей алкоголиков» в суицидологической и наркологической практиках

По данным ВОЗ [181], самоубийство является второй по частоте причиной смертности лиц в возрасте от 15 до 29 лет в мире. В России ситуацию относительно суицидов молодых людей можно характеризовать как неблагоприятную. Только в 2011 г. частота самоубийств среди подростков на 100 000 населения составила 16,3 человека, при этом в сельской местности их количество выше, чем в крупных городах. При этом отмечается тенденция к увеличению риска суицидального поведения при приближении к возрасту 17-19 лет. Отметим, что лица в возрасте до 25 лет также являются группой высокого суицидального риска [30, 32, 41, 42, 43, 51, 59, 61]. Многочисленные исследования, направленные на понимание причины столь трагического факта, одной из ряда ведущих проблем в генезе суицидального поведения молодых людей называют алкогольную зависимость родителей, а также наличие аддиктивных проблем у подростка [11, 12, 14, 42, 43, 70, 71, 79].

Дети, выросшие в семьях с алкогольным аддиктом, традиционно относятся большинством клиницистов к созависимым, однако данное суждение, как будто, перестает существовать в сознании врачей, когда ребенок достигает условного возраста взросления, или когда он выходит из родительской семьи. При условном декларировании миру таким человеком своей «нормальности» и «благополучности» (подразумевается наличие социальной адаптации в виде работы, создание собственной семьи, успешное обучение в ВУЗе, наличие друзей и благополучного круга общения), влияние «груза» «алкогольной» семьи продолжает деформировать его личность, способности к социальному функционированию и исподволь, за счет семейного воспитания, разрушает его протективные механизмы, что в крайних случаях может приводить к самоубийству [137, 179].

Лица, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей страдает алкогольной зависимостью, достигшие совершеннолетия, казалось бы, вышедшие из порочного круга созависимых родственников, получили в литературе название ВДА – «Взрослые Дети Алкоголиков», представляющий, вероятно, отдельный феномен. К сожалению, приходится констатировать, что потребление алкоголя населением и, вследствие этого, формирование алкогольной зависимости продолжает оставаться серьезной медико-социальной проблемой для нашей страны [28, 39, 42, 181]. И, хотя не все ВДА становятся зависимыми от алкоголя (что, безусловно, сопряжено с высоким риском аутоагрессивного поведения), они чаще лиц из нормативных семей подвергают себя суицидальному риску, и на протяжении всей жизни сталкиваются с рядом аутоагрессивных проблем.

По разным источникам, в России от 15 до 50 % населения составляют «Взрослые Дети Алкоголиков» [4 – 8]. Данные лица являются группой повышенного риска по возможности развития у них алкогольной зависимости, а также по риску развития суицидального поведения. При этом, если говорить о развитии алкогольной зависимости у данной группы лиц, то стоит отметить, что заболевание протекает тяжелее, чем у родителей, имеет склонность к более прогрессивному типу течения и несет более злокачественный характер [4-8, 22, 24, 26, 37].

На данный момент в России, в целом, не развиты институты поддержки ВДА, а имеющиеся группы помощи и поддержки, сформированные по типу 12-ступенчатых программ, в большей степени напоминают сверхзакрытые сообщества, сформированные вокруг четко определенного лидера, со своим уставом и жестким комплексом правил и норм поведения, а также общения с окружающими людьми и миром.

В связи с этим основная нагрузка на помощь и решение психологических, личностных, суицидологических, наркологических проблем у лиц, воспитанных в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью, ложится на плечи сотрудников наркологических и психиатрических служб, а также на институт родительской и собственной семьи, знакомых и родственников. Следует помнить, что семья ВДА изначально представляет собой измененную и по-

врежденную структуру, функционирующую по своим общим правилам и законам, однако позитивное изменение семейных правил, лечение основного наркологического заболевания родителя, положительным образом сказывается на детях.

## **1.2 Влияние генетических и средовых факторов на формирование феномена «взрослых детей алкоголиков»**

До сих пор остается дискуссионным вопрос о превалировании в этиопатогенезе нарушений у взрослых детей алкоголиков генетических и социальных факторов [1, 2, 22, 69, 71, 83, 103, 156, 162, 175, 179]. Ни одно из проведенных исследований не постулирует абсолютность значения генетических или средовых факторов [22, 69, 71, 83, 162, 178]. При этом известно, что генетические факторы достоверно связаны с болезнями зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), высоким уровнем специфического риска (около 55 %) и коэффициентами наследования от 62 % до 79 % [22]. Социальные и средовые факторы имеют отношение к употреблению ПАВ и влияют на модифицирование риска начала алкогольной зависимости, но не прогнозируют ее развития [22, 44, 102, 158, 162].

Однако, точка зрения о том, что возможность влияния средовых факторов может быть весьма значительной и, порой, их вклад в развитие болезни остается недооцененным как исследователями, так и клиницистами в виду различных причин, не позволяет свести генез алкогольной зависимости лишь к влиянию наследственных факторов.

В последние 20 лет в области молекулярно-генетических исследований в психиатрии наблюдается мощный скачок. Активно проводятся различного рода научные изыскания, направленные на установление особенностей и дефектов в геноме человека [22, 66, 76, 156, 153]. В области суицидологии так же наметилась прогрессивная тенденция к исследованию семейной истории самоубийств [76, 77, 98, 101, 121, 130, 136, 172]. Однако применение классической генетики не позволяет разграничить влияние среды и наследственности. Тем не менее, проведенные коллегами исследования на большом контингенте лиц демонстрируют независи-

мое наследование суицидальности [50]. Стоит отметить, что наследуется не сам признак, а уязвимость личности по отношению к факторам среды. Поскольку аутоагрессивное поведение представляет собой крайне полиморфный признак, на сегодняшний день сформировались наиболее известные современные модели суицида, основанные на концепции стресс-диатеза, или стресс-уязвимости [179]. Определённую сложность представляет неоднородность «суицидального фенотипа» (люди, убивающие себя, представляют собой крайне неоднородную группу) и различия в понимании самими исследователями сущности феномена суицида и его эквивалентов, что влечёт за собой неопределённость в суицидологических исследованиях. Для прояснения данного фенотипа необходимый тщательный сбор анамнеза, однако данные о семейной отягощенности часто бывают искажены из-за замалчивания проблемы семьёй, если ребенок рано потерял родителей или рос и воспитывался в приёмной семье или детском доме [22, 26, 100, 178]. Испытуемые часто предпочитают давать меньше информации о своей семье, если её коснулась алкогольная проблема родителей. Они часто либо не признают заболевания, либо, наоборот, преувеличивают степень его влияния в семье.

Даже при таком искусственно заниженном выявлении семейной отягощенности алкогольной зависимости, частота её встречаемости среди взрослых детей алкоголиков остаётся на среднем и высоком уровне (41,5 % и 25,7 % соответственно) [22].

Эти сухие данные представляют собой комплекс генетически детерминированных особенностей нейрохимических процессов в различных системах мозга, что обуславливает быстрое развитие зависимости при употреблении алкоголя и её злокачественное течение [22, 50, 93]. Происходит изменение структуры и функций ЦНС.

По данным литературы, семейную отягощённость связывают с выраженным ощущением («предвкушением») положительного эмоционального эффекта от употребления алкоголя [3, 10, 15, 18, 19, 22, 25, 61]. При этом возраст начала приема алкоголя обусловлен не генетическими, а социальными и средовыми факторами. Раннее начало употребления алкоголя, как и ранняя манифестация алко-

гольной зависимости у ВДА прогнозируется наличием «генетического груза» алкогольной зависимости у родственников, её степенью, а социальные последствия и утрата контроля обусловлены социальными факторами и самой болезнью, повышающей аутоагрессивность её носителей [22, 102, 137, 160, 173, 177]. И, несмотря на значимый вклад, который вносят «алкогольные» гены в наследуемую аутоагрессивность потомства, влияние социальных факторов достаточно велико.

J.V. Andreas, T.J.O. Farrell (2009) изучали влияние прохождения отцами 12-ти ступенчатой программы по лечению от алкогольной зависимости в группе анонимных алкоголиков на проблемы их детей [75]. Изначальная гипотеза представляла собой следующее: для того, чтобы избежать проблем, присущих ВДА, необходимо лечить их родителей. В связи с этим, авторы исследования изучали семьи, в которых родитель (отец) проходил лечение в группе анонимных алкоголиков. Т.к. предположительно, прохождение курса лечения должно принести ощутимую пользу детям страдавших алкогольной зависимостью лиц. В результате данного исследования было установлено, что прохождение отцами 12-ти ступенчатой программы положительно повлияло на внешние проблемы их детей, связанные с нарушением социального функционирования и взаимоотношениями с окружающими, но не на внутренние, затрагивающие более глубокие психологические проблемы.

D. Bauer, A. Hussong (2010) изучали причины, влияющие на прохождение подростками злоупотребляющих алкоголем родителей «телескопической траектории» от алкогольной инициации до алкогольной зависимости [83]. Было установлено, что подростки, выросшие в семьях с аддиктивным родителем, быстрее достигают эскалации до точки злоупотребления алкоголем, нежели группа контроля (4 и 7 лет от начала употребления алкоголя соответственно). При этом дети родителей, зависимых от алкоголя, имеющих коморбидную патологию в виде депрессии или антисоциального расстройства личности, быстрее двигаются по «телескопической траектории» злоупотребления алкоголем, а также страдают более тяжелой формой алкогольной зависимости, что косвенно подтверждает данные генетических исследований, приведенные ранее [22, 50, 101, 130]. Исследование



показало, что у подростков из таких семей выше риск развития наркотической зависимости.

Если со страдающими алкогольной зависимостью ВДА ситуация выявления генетических факторов и факторов влияния среды представляется несколько затруднительной, то в случае ВДА, не страдающих алкогольной зависимостью, и воспитанных в семьях, где хотя бы один из родителей страдал алкогольной зависимостью, влияние средовых факторов на личностно-психологические и суицидологические характеристики, представляется нам более доступным.

К.А. Brown-Rice et al. (2018) рассматривают различия в нейробиологическом и психологическом функционировании среди студентов колледжа, являющихся взрослыми детьми алкоголиков [142]. В исследовании были изучены две группы студентов ВДА: в первой – ВДА с проблемами опасного употребления алкоголя, в другой – ВДА, которые не имели проблем, связанных с употреблением алкоголя. Все студенты были обследованы посредством метода анкетирования для выявления уровня депрессии, посттравматического стрессового расстройства, тревоги, употребления наркотиков и алкоголя; обследованы посредством МРТ и общего анализа крови, генотипированы, а также - с участниками исследования был проведен тест с нейровизуализацией на выявление структур мозга, связанных с эмоциями и памятью. В результате было обнаружено, что ВДА, имеющие проблемы с алкоголем, больше, чем противопоставляемая группа употребляют табак и наркотические средства, имеют более высокий уровень депрессии и ПТСР, не связанных с актуальными переживаниями. Также посредством нейровизуализации было установлено, что у ВДА с проблемным употреблением алкоголя на негативные стимулы активизируется латеральная часть средней фронтальной извилины, которая ответственна за автобиографическую память, а также за интерпретацию текущего эмоционального опыта, в том числе и негативного, сквозь призму собственного опыта. Также у них обнаруживается отсутствие реагирования поясной извилины, отвечающей за распознавание опасности, в условиях негативных ситуаций. В группе ВДА с проблемным употреблением алкоголя была обнаружена в результате генотипирования уменьшение аллелей гена, кодирующего экс-

прессию серотонина и его белка транспортера, что способствует развитию затяжных депрессий в условиях сильного стресса, а также может обуславливать склонность к развитию алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения.

S. Park, K.G. Schepp (2018) поставили целью выяснить, какие факторы влияют на устойчивость взрослых детей алкоголиков в социуме, способствуют нормальному или высокому уровню социальной адаптации, а какие – влияют на уязвимость [151]. Данное исследование проводилось в Южной Корее. В результате работы было установлено, что социальная устойчивость ВДА является «многоуровневым» производным большого количества составляющих. Сюда входят факторы со стороны общества: социальная поддержка, отсутствие стигматизации, финансовая поддержка, наличие центров, оказывающих помощь алкогольным аддиктам и лицам из их семей; факторы со стороны семьи – наличие члена семьи, не являющегося аддиктом, отсутствие насилия (в любом его проявлении), хорошие взаимоотношения с родными. Так же существовала группа протективных факторов личностного или индивидуального уровня – это наличие планов на будущее и оптимистический взгляд на жизнь, наличие знаний о ВДА, влиянии алкогольной зависимости на их характеристики и жизненный путь, возможность контролировать свое окружение, наличие способности к обучению.

Комбинация факторов разного уровня позволяет ВДА успешно адаптироваться в обществе. Недостаточное количество протективных факторов или их отсутствие (особенно факторов со стороны семьи) приводит к так называемой «уязвимости ВДА», которая включает в себя, в том числе и повышенные риски развития зависимостей от ПАВ, в частности алкогольной зависимости, а также более высокий риск развития аутоагрессивного поведения.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что влияние генетических факторов вкупе с неблагоприятным семейным укладом, социальной обстановкой может приводить у ВДА к развитию ряда кризисных проблем, в частности повышению суицидальности, высокому травматизму, выраженной психологической напряженности и большому спектру эмоциональных проблем, которые не всегда разрешаются при купировании заболевания родителя.

Комплекс психологических проблем, аутоагрессивности, выраженной виктимности, социальной нестабильности и душевной напряженности, установки на «спасение» больного родственника входят в так называемый феномен созависимости, неоднократно описанный в литературе [9, 13, 15, 16, 23, 24, 30, 31, 33, 36, 37, 45, 54, 56].

### **1.3 Созависимость и «взрослые дети алкоголиков»**

Существует большое количество исследований, посвящённых феномену созависимости [9, 15, 16, 23, 33, 36, 48, 57, 81, 94, 120]. И, как правило, эти исследования затрагивали супруг мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и констатировали гетерогенность феномена [15, 33, 36, 48, 57]. При этом различные литературные источники по-разному его описывают. Ряд авторов считает, что это отдельная нозология, другие представляют данный феномен в качестве реакции на стресс, третьи рассматривают данное состояние как обусловленное полной поглощённостью состоянием другого человека, его поведением, управлением им и игнорированием своих нужд и потребностей [15, 57, 68, 153, 170].

Гипотеза о том, что созависимость личности представляет собой сложный комплекс патологической зависимости от другого, с выраженными защитными психологическими механизмами, закреплёнными аутодеструктивным поведением, дезадаптивными реакциями приспособления и неэффективным способом взаимодействия с окружающими людьми, подтверждается в ряде работ отечественных и зарубежных авторов [9, 10, 16, 25, 39, 82, 84, 99].

Они демонстрируют, что у созависимых лиц высок уровень тревожности, фрустрации, агрессивности [16, 23, 34, 99, 107], что обуславливает их социальную нестабильность и сложность в установлении контактов и взаимоотношении с другими людьми [91, 164]. Наиболее часто созависимые используют в качестве ведущих психологических защит стратегии избегания и агрессии, преимущественно направленной на себя и, обуславливающей высокий суицидальный риск [10, 16, 64, 139, 151, 152, 161].

M.L. Drapkin et al. (2015) изучали алкоголь – специфические копинг стратегии среди ВДА и лиц из нормативных семей [73]. Было установлено, что ассоциированными с алкогольной зависимостью у родителя являются копинги «Избегания», «Вовлеченности», в то время как копинг «Устойчивости» в большей степени ассоциирован с большим количеством негативных жизненных событий. Тем не менее ВДА более склонны использовать стратегии «Ухода», чем остальные вышеперечисленные, для того чтобы справиться с проблемами, что, в сущности, только ухудшает ситуацию, так как проблема не остается решенной. Так же исследование показало, что по уровню депрессивных реакций студенты ВДА и лица из нормативных семей (которые являлись основным материалом для исследования) практически не отличались, что, возможно, было обусловлено социальным пластом выборки, - студенты колледжа представляют собой достаточно социально адаптированный и устойчивый срез общества.

Постоянное пребывание в состоянии дистресса, связанного с различными травмирующими событиями, происходящими в «алкогольной» семье, приводят созависимых к физическому и психоэмоциональному истощению [65, 73, 92, 103, 107, 109, 110, 115, 116]. Данное состояние приводит к соматизации, телесному дискомфорту, где психогенный компонент играет большую роль. Неспособность разорвать связь с зависимым плотно ассоциирована с иллюзией собственной ценности, незаменимости для аддикта [95, 97, 118, 123, 148], а неосознанность вторичных выгод от такой «нездоровой» привязанности к страдающему алкогольной зависимостью, приводит к деструктивным, разрушительным и опасным последствиям, как для самой личности, так и для её окружения [78, 91, 127, 128, 131, 137, 138, 149, 164]. И если у супруг – зависимых есть возможность разорвать порочный круг деструктивных взаимоотношений, то у детей, воспитываемых в семьях, где хотя бы один из родителей страдает алкогольной зависимостью, возможность данного выбора неочевидна или отсутствует.

Находясь в состоянии, обусловленном финансовой и личностной несостоятельностью, зависимости от своей семьи, которая должна нести защитную, разви-

вающую функцию, дети лиц, страдающих алкогольной зависимостью, вынуждены расти в дезадаптивных условиях [67, 79, 89, 122, 149, 165, 169].

Враждебная обстановка «нелюбви» в семье приводит к нарушению самооценки у детей, сложностям в проявлении эмоций, алекситимии, подавлению чувств стыда и вины, которые, тем не менее, всегда следуют за владельцем, «продепрессивности», повышенной агрессивности и, как следствие, высокому суицидальному риску, слепому и ригидному следованию цели без учёта обстоятельств [65, 88, 120, 125, 141, 147]. В подобной дезадаптивной семье проявляется нарушение эмпатии, не происходит обучения детей любви, нежности, заботе и другим позитивным паттернам поведения [65, 67, 72, 88, 106, 120, 147, 159, 163].

Подобные нарушения воспитательного аспекта у детей из семей, в которых хотя бы один из родителей страдает алкогольной зависимостью, происходят в тот момент, когда у ребёнка высок уровень конформизма, то есть готовности к принятию групповых норм субъективно значимых групп, изменению поведения и/или убеждений в соответствии с преобладающим мнением группы, как следствие реального или воображаемого слияния [16, 20, 23, 24, 25, 80, 120]. Происходит усвоение норм социального поведения, «обучение» дезадаптивным и деструктивным паттернам. Дети буквально привыкают к тому, что употребление алкоголя – норма [61, 75, 81, 104, 120]. При этом стоит отметить, что попадание подростка в «социально благополучную» группу может помочь формированию адаптивного поведения и становлению здоровой личности [73, 88], особенно, если в этой группе происходит безусловное принятие ребенка, и ему оказывается поддержка. Вообще стремление ребёнка из «алкогольной» семьи не просто примкнуть к субъективно значимой группе, а «слиться» с ней, расценивается в качестве попытки замены родителя, что объясняет тот или иной результат влияния выбранной социальной когорты на ребёнка из семьи аддиктов [14, 23-26].

Те паттерны поведения, которые выходцы из «алкогольных» семей приобретают в детско-подростковом возрасте, переносятся во взрослую жизнь и на взаимоотношения с другими людьми [23-26], формируют предрасположенность как к аддиктивному, так и созависимому поведению.

Суммируя, описанные нами данные, представляется логичным рассмотрение феномена ВДА, как ответвления созависимости, «рожденного» от последней, но приобретшего свои самостоятельные черты и особенности, укрупнившие его до отдельно и самостоятельно функционирующей клинико-пато-психологической единицы.

#### **1.4. Современные представления о «взрослых детях алкоголиков»**

Согласно данным различных исследований, взрослые дети алкоголиков характеризуются особенностями самовосприятия, восприятия близких, людей в целом, а в соответствии с этим – проблемностью в поведении, повышенной аутоагрессивностью и социальной дезадаптивностью [4 – 6, 9, 12, 13, 59, 61]. Однако, не все так однозначно, как кажется на первый взгляд.

Данные сравнительного анализа взрослых женщин из «алкогольных» семей с взрослыми женщинами из «здоровых» семей показывают, что они и их отцы, страдающие алкогольной зависимостью, сходны по основным характеристикам восприятия [153].

Внешне женщины ВДА демонстрируют себя яркими, демонстративными, социально активными личностями, позиционируют себя коммуникативными, самодостаточными, доминантными, эгоцентричными и фанатичными личностями, когда на самом деле, ощущают себя и являются людьми слабыми, безвольными, беспомощными и зависимыми [153].

А. Pasternak, К. Schier (2014) рассматривали динамику процесса сепарации – индивидуации женщин ВДА в рамках теории Маргарет Малер в сравнении с женщинами из нормативных семей [153]. Было показано, что женщины ВДА чаще, чем лица из «неалкогольных» семей испытывают трудности в процессе сепарации – индивидуации, чему мешает процесс парентификации (смены ролей в семье, при которой ребенок начинает выполнять родительские обязанности и заботиться о своих родителях) и выраженное чувство несправедливости, пронесенное сквозь детство и взросление во взрослую жизнь. Данное исследование под-

твердило, что так называемая «алкогольная» семья – «территория парадоксальной лояльности». Было убедительно продемонстрировано, что сниженная самоидентификация аддикта передается в качестве воспитательного модуса сквозь поколения потомству, что так же тормозит процесс индивидуации. А индивидуация хотя бы одного из членов семьи зависимого от алкоголя, угрожает общему гомеостазу системы. При этом, стоит отметить, что женщины ВДА не испытывают затруднений в терапии при формировании личностных границ.

М.С. Haverfield, Theiss (2016) изучили и рассмотрели три типа стигм, применяемых обществом в отношении взрослых детей алкоголиков (ВДА) [112]. Это стигма «дискриминации», стигма «раскрытия» и стигма «положительного аспекта». В исследовании было показано, что стигма «положительного аспекта» благотворно влияет на самовосприятие, самооценку и устойчивость ВДА, отрицательно коррелирует с депрессивными реакциями и злоупотреблением алкоголем и ПАВ. В то время как стигма «дискриминации» и стигма «раскрытия» положительно ассоциированы с глубиной и уровнем депрессии и началом злоупотребления алкоголем ВДА.

Основной мотивацией для поступков ВДА часто являются страх неожиданной смены настроений, реакции близких и социально-значимых посторонних людей [25, 26, 74, 111, 146, 151, 155]. Ими движет опасение вызвать неодобрение, раздражение, гнев и агрессию окружающих. Спустя 5–6 лет подобной жизни ВДА глобально перестают доверять родственникам и окружающим их людям.

При попытке достигнуть определенного социального статуса или цели, они проявляют выраженную стеничность, но ориентированы не столько на успех, сколько на избегание неудачи, так как страдают от заведомо «априорной» неуспешности, привитой в семье, а также, одновременно, устремлены к высокой оценке себя окружающими, которых самостоятельно определяют в референтную группу [23, 25, 84, 86, 88, 180]. В связи с этим ВДА не умеют точно откалибровывать и определять качество отношения к себе других людей. Посторонним демонстрируются свои лучшие качества, которые, как им кажется, социально приемлемы. Данное поведение характеризует их «условную порядочность» и отсутствие

усвоения истинных человеческих ценностей, расплывчатость норм поведения, когда таковые значительно сужаются и адресуются только избранным людям, которых ВДА принимают за «своих». Вырастая в «алкогольной» дисфункциональной семье, отношения в которой отличаются от условно здоровых явным и/или скрытым взаимным отвержением, априорным отрицанием проблем, в семье, в которой зачастую имеет место насилие, ВДА с трудом дифференцируют свои чувства, переживания, испытывают определенные трудности в целеполагании, определении смысла собственной жизни. Им тяжело предвидеть реальную опасность, так как границы дозволенного стёрты, и ВДА воспитывались в условно небезопасных семьях, данный аспект подтверждается исследованиями с проведением нейровизуализации, в которых определенные структуры мозга, отвечающие за распознавание опасных ситуаций, демонстрируют дефицит функционирования. Данный факт подтверждает сложность и неоднозначность калибровки влияния генетических факторов и социокультуральных в виду нейропластичности ЦНС.

Усвоение патологических моделей поведения и эмоционального реагирования внутри семьи приводит к повторению их при создании своей собственной семьи [94, 132-134, 161].

Искреннее стремление ВДА создать семью непохожую на родительскую, часто, сводится лишь к исключению видимых негативных поведенческих проявлений и к созданию видимости счастливой семьи, в то время как за «цветущим фасадом» скрываются дезадаптивные и неполноценные отношения [94, 132, 134, 161].

В семьях ВДА отсутствует любовь, безусловное принятие, открытое выражение чувств, эмоций, нежность, привязанность, взаимопомощь и выручка, поддержка, а также другие, необходимые компоненты истинно семейных отношений [161]. Всё вышперечисленное делает ВДА не подготовленными к жизни, социально неадаптированными и инициирует их к воспроизведению в собственных семьях тех же негативных моделей поведения внутри семьи, что препятствует адекватному выполнению ими родительских обязанностей, способствующих вос-



питанию ещё одного поколения личностно-неполноценных, искалеченных взаимозависимых – внуков алкоголиков [161].

M.R. Lee et al. (2010, 2015) продемонстрировали влияние брака на употребление алкоголя тяжело пьющими ВДА [132, 133]. В результате работы было установлено, что тяжело пьющие алкоголь до момента вступления в брак ВДА, значительно снижают его употребление после вступления в брак. В то время как ВДА, злоупотребляющие алкоголем до брака в меньшей степени, не меняют уровня и интенсивности употребления спиртных напитков и после. Данный факт был рассмотрен в ходе теории «ролевого конфликта», которая говорит о том, что при вступлении в новую социальную роль (данный момент ознаменован вступлением в брак, в рамках исследования) при наличии поведения, противоречащего данной роли, происходит своеобразный поворот: противоречащее поведение смягчается или сходит на нет. Данный эффект тем более явен, чем сильнее конфликт между новой социальной ролью и предыдущим ей поведением.

ВДА характеризуются повышенной ауто- и гетероагрессивностью, адресованной не только себе и семье, но и окружающим [4-8, 85, 94, 154, 157, 179]. Что вначале выражается в депрессивных установках, неприятии самого себя, не проходящих, но подавляемых и не находящих выхода, чувствах стыда и вины. Данный спектр эмоций относится к ряду так называемых *self-conscious emotions* или «эмоций самосознания», которые ассоциированы с представлениями о себе, своих мыслях и поступках, с «Я – концепцией» в межличностных контактах, и является регулятором поведения [95, 126, 128, 129, 140, 150, 176]. Стыд запускает негативную оценку *self*, в то время как вина – негативную оценку своих поступков. Из этого следует, что переживание эмоций стыда является наиболее болезненным, так как обесценивает личность как таковую и в сравнении с другими. Подобная суровая оценка себя как неуспешного, беспомощного и ничтожного, порождает страх неприятия себя другими людьми и субъективно значимыми фигурами, что в свою очередь активизирует компенсаторные механизмы в виде агрессии, как ауто-, так и гетеро-, и поведения, направленное на избегание [4-8, 11, 12, 14].

Всё вместе это создаёт некий эмоциональный фон, способствующий повышенной суицидальности, учитывая «привитые» стёртые границы безопасности и неспособность правильно оценивать риск [23-26, 80-85]. Также подобный деструктивный личностно-психологический и социальный фон может влиять на формирование аддиктивного поведения, в частности алкогольной зависимости [30, 38, 40, 45, 53]. Однако отметим, что аутоагрессивное поведение ВДА касается всей их когорты [30], без вычленения групп с отличающимся, к примеру, риском суицидальности. Это на наш взгляд диктует необходимость проведения такой работы, поскольку большинству специалистов в их клинической практике, безусловно, встречались ВДА, не демонстрирующие никаких аутоагрессивных устремлений. Нам думается, что устранение сложившейся стигматизации в отношении определенной части ВДА положительно скажется на их функционировании.

Существуют разрозненные, отдельные, несистематизированные данные, касающиеся роли семьи в формировании алкогольной зависимости [23, 24, 27-29, 30, 32, 36, 117]. Однако все они сводятся к тому, что только такие факторы, как «алкогольная» и «деструктивная» семья относятся к устойчивым осевым маркерам риска возникновения и формирования алкогольной зависимости в молодом возрасте.

В этой связи представляется интересной теория эпигенетической передачи алкогольной зависимости в качестве дезадаптивной копинг-стратегии [65, 94]. В этом случае аддиктивное поведение является способом ухода от решения жизненных проблем, что, в свою очередь, приводит к еще большей социальной дезадаптации, замыкая порочный круг алкогольной зависимости.

У детей, чьи родители страдали от алкогольной зависимости, в первые шесть месяцев жизни определяются негативные паттерны привязанности: низкий эмоциональный ответ, редкие позитивные послы родителям, в возрасте 18–36 месяцев у них обнаруживают особенности поведения с интернализацией конфликта [27, 28, 95, 97, 105]. Есть данные, что алкогольная зависимость матери

наносит более разрушительный урон личности ребенка, так как нарушает симбиотические связи, необходимые младенцу для выживания и формирующиеся в первые годы жизни [24]. В то время как привязанность к здоровой матери практически полностью нивелирует негативное влияние отца [24].

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя в семье, концептуализированы как хронический стресс, способный приводить к длительным долгосрочным последствиям для детей, выросших в таких семьях [4 – 6, 23, 27, 28, 97, 112, 116, 117].

Семья (даже «алкогольная») не является исключительно гомеостатически замкнутой системой. Связи между детьми и их воспитателями оказывают влияние не только на формирование в дальнейшем межличностных отношений, но и на возникновение адаптационных проблем у потомства [4-8, 27-29, 31]. Rangarajan S. 2008 г., в своем исследовании изучала влияние алкоголизма родителя на самооценку потомства. Было убедительно продемонстрировано, что семейные стрессы и алкоголизм отца (не матери), снижают самооценку ВДА и мешают формированию нормальной привязанности [158].

В одном из исследований [127] массив «алкогольных» родительских семей методом кластерного анализа был разделён на три группы: семейства с высокой, средней и низкой интенсивностью переменных, связанных со стабильностью семьи (согласованность членов семьи, наличие стойких моральных убеждений, общение между членами семьи и окружающими людьми, решение проблем в семье, адаптивная способность членов семьи). В качестве контроля выступали семьи без аддиктивного локуса поражения. В результате исследования было установлено, что, несмотря на то, что среди алкогольных семей были и наиболее высоко функциональные кластеры, дети лиц, страдающих алкогольной зависимостью, имеют в 3 – 4 раза более высокий риск развития алкогольной зависимости, чем дети из группы контроля. Дочери лиц, зависимых от алкоголя, чаще вступают в брак с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, тем самым продолжая «алкогольный семейный цикл» для будущих поколений [127].

Исследования показывают, что личность может опосредовать межпоколенческую связь с алкогольной зависимостью, используя множественные пути реализации преморбидной предрасположенности [130]. Одним из таких путей является генетика, другим – психосоциальные факторы: моделирование и идентификация с алкогольным родителем, или наоборот, - деидентификация. В таких случаях мы видим два варианта делинквентного поведения: в первом случае – это чрезмерное стремление к достижениям (как правило, в работе) и высокая производительность, которые в совокупности и сами по себе намного превосходят нормальный уровень (способные и высокопрофессиональные ученики, проявляющие необычайные таланты и амбиции, обожающие своих учителей и получающие роль в руководстве). Во втором случае – это повышенная аутоагрессивность, проявляющаяся высоким риском для здоровья (употребление наркотиков, употребление алкоголя, распущенность), социальными рисками (преступность, автомобильные аварии), наличием рисков для психического здоровья (убийство, самоубийство, депрессия, паника и беспокойство) [130]. Про ВДА из первой когорты возникает желание сказать, что подобного рода сверхадаптация является только плюсом для них, но при более глубоком рассмотрении, становится видимой ошибочность данной точки зрения. Склонность к трудоголизму, избегание проблем, «бегство в работу», стремление достичь большего, вырваться из «семейного ада» – всё это лишь увеличивает риск соматизации, депрессивности, аутоагрессивности на уровне скрытом, не заметном для специалиста, и потому опасном [130].

Многочисленные исследования личности ВДА (в том числе и зарубежные) демонстрируют гетерогенность их как группы [80, 85, 97, 107, 113, 145, 164, 174], которая связана с различием континуума дисфункций, прививающихся детям в «алкогольных» семьях [4-8, 34, 37]. К. Gaşior (2014) поставил перед собой цель определить гетерогенность группы ВДА сквозь призму их детского опыта, как комбинации ряда протективных факторов и факторов риска [107]. В качестве основных единиц оценивания были выбраны: семейная структура, насилие в его различных формах (физическое, психологическое и сексуальное), брачный кон-

фликт, расстройства психики родителей, профиль характера родителей и родительские методы воспитания.

В результате исследования авторы [107] выделили три подгруппы ВДА в связи с их детским опытом: 1 группа – с высоким уровнем факторов риска и наименьшим количеством защитных факторов, 2 группа – наиболее благоприятная, с наименьшим количеством факторов риска и наибольшим – факторов защиты, 3 – занимающая промежуточное положение между описанными выше двумя.

Исследование показало, что основными факторами риска, ретроспективно оцененными самими ВДА, являлись физическое/психологическое/сексуальное насилие в семье, травмы, нанесенные пьющим родителем, личностная устойчивость непьющего родителя (как правило, матери), возможность доверия, привязанности и любви, а также хорошие взаимоотношения с сиблингами, семейный статус и его оцененность другими. Данное исследование рассматривало гетерогенность ВДА с позиции их социальной устойчивости и степени адаптации. Существуют и другие работы, посвященные неоднородности популяции взрослых лиц из так называемых «алкогольных» семей [92, 108, 112, 124, 127, 142].

В одном из исследований выявляется пять личностных подгрупп среди ВДА [68]. Их континуум представлен от высоко функционирующих личностей до взрослых, с точностью повторяющих судьбу своих родителей и полностью социально дезадаптированных. При этом авторы делают вывод, что группа ВДА гетерогенна не случайно, и неоднородность базируется как на уровне личностного повреждения, так и на уровне адаптации личности в социуме [68]. Согласно теории систем, такая семейная атмосфера не способствует правильной дифференциации Я, а индивидуация - рассматривается как угроза гомеостазу системы [36, 150, 153]. Результаты эмпирических исследований показывают, что опыт взаимодействия с физически и эмоционально недостижимым родителем, который сосредоточен в первую очередь на алкоголе, подвергает ребёнка испытанию реляционной травмы [153]. Это, следовательно, препятствует процессу сепарации – индивидуации. Основываясь на вышеупомянутых теоретических рамках, было высказано предположение, что женщины, которые испытывают трудности с зависимыми ро-

дителями, чаще демонстрируют нарушения в процессе сепарации – индивидуации, по сравнению с женщинами, которые не росли в семьях с алкогольными проблемами [153].

Некоторые авторы предполагают, что взрослые дети алкоголиков не хотят обременять своих родителей ответственностью за то, что происходит в их семьях, и одновременно хотят защитить свое внутреннее позитивное представление о них [142]. Из-за этого они направляют свои отрицательные эмоции на себя, в связи с чем, начинают испытывать чувство вины. ВДА иногда чувствуют себя виноватыми по отношению к родителям за то, что они уезжают из дома и не помогают им, или, как это ни парадоксально, они чувствуют себя виноватыми за то, что они слишком сосредоточены на собственной семье вместо того, чтобы помогать родителям.

### **1.5 Аутоагрессивность «взрослых детей алкоголиков»**

В отношении аутоагрессивного поведения ВДА, в основном, большинство исследований рассматривают влияние алкогольной зависимости родителей на психологические и личностные особенности ВДА, демонстрируя травматизацию ребенка и особенности его развития и функционирования во взрослом возрасте [26]. Во всех исследованиях констатируется повышенная суицидальность ВДА, их нарушенная связь с обществом. Так же несмотря на то, что в некоторых исследованиях неоднократно говорится о гетерогенности феномена, большинство авторов продолжают его рассматривать как однородный [30, 34, 48, 55, 56, 87]. Выявление же ВДА близкими к группе контроля по ряду характеристик, часто описываются как «находки» и не объясняются исследователями.

Представляется, что важным обстоятельством для выявления комплекса психо-социальных, суицидологических и личностных особенностей ВДА является учёт половой принадлежности как самих ВДА, так и их родителей, а также варианты представленности алкогольной зависимости у родителей. Не оставляет сомнений тот факт, что пол родителя, страдающего алкогольной зависимостью, бу-

дет по-разному влиять на психологические и суицидологические характеристики ребёнка. Также важно учитывать пол ребёнка, так как мать и/или отец имеют разное значение для сына и/или дочери. Данные парентальные фигуры по-разному интернализируются и играют разную роль в становлении личности ВДА [4-8, 75, 97, 99, 114, 148].

Касательно аутоагрессивности ВДА с учетом пола и числа парентальных фигур, злоупотребляющих алкоголем, с учетом половой принадлежности ребенка, нами было обнаружена одна исследовательская работа, посвященная суицидальному поведению ВДА [137], которая показалась нам весьма любопытной. Были обследованы ВДА, родители которых совершили суицидальную попытку, угрожали совершением суицида, а также покончили с собой (возраст обследуемых ВДА составил от 26 до 35 лет). Подозревая гетерогенность ВДА в плане проявления их суицидальности, исследователи изучали связь не только суицидального поведения ВДА с суицидальным поведением родителя, но и пытались установить зависимость такого поведения от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью. В результате было установлено, что выраженного влияния пола родителя совершившего, угрожавшего суицидальной попыткой или покончившего с собой, не обнаруживалось при оценке частоты суицидальных попыток среди ВДА. Однако, было убедительно продемонстрировано, что суицидальное поведение обоих родителей, а также завершённые суициды родителя, злоупотребляющего алкоголем плотно ассоциированы с наличием суицидальной попытки у ВДА. Причем, оба зависимых от алкоголя родителя, демонстрирующих суицидальное поведение, по наблюдению авторов, оказывают куда более разрушительное влияние на частоту и выраженность суицидального поведения ВДА, чем один родитель. ВДА по данным исследования в 13% - имели суицидальную попытку еще в детстве, а 54% совершили попытку покончить с собой без предварительных угроз и указаний кому-либо на то, что собираются уйти из жизни.

Данная работа [137], несмотря на ее узкую направленность и изучение лишь проявлений так называемой «классической суицидальности» ВДА в связи с весьма ограниченным спектром предикторов (угроза суицидальной попытки, наличие

суицидальной попытки, суицид у родителя, страдающего алкогольной зависимостью), убедительно демонстрирует, что даже на фоне внешнего условного благополучия, без какой-либо вербальной декларации своих намерений ВДА может совершить суицидальную попытку. Это так же наглядно показывает необходимость аккуратной и бережной терапевтической работы со стороны специалиста и тщательного, а не формального прояснения родительского анамнеза [90].

В настоящее время, как подтверждают данные научной литературы, необходимо более четкое формулирование гипотез и моделирование исследований, связанных с проблемами алкоголизма, которые должны учитывать интерактивную динамику факторов риска, защиты и пол, как самих родителей, страдающих алкогольной зависимостью, так и ВДА [2, 4-8, 27, 51, 62, 63, 74, 75, 81, 96, 117, 135]. Подобные факторы следует принимать во внимание при любых попытках понять пути развития людей, растущих в семьях, пострадавших от алкогольной зависимости.

Таким образом, учитывая распространенность изучаемых семей, проблема ВДА, несущих в себе значительный аутоагрессивный потенциал, обусловленный, несомненно, трансгенерационными механизмами передачи, является весьма актуальной. Возрастает интерес к феномену созависимости у ВДА, который, вероятно, проявляется у них иначе, нежели у супругов в подобных браках [30, 32, 33, 37, 38]. Не вызывает сомнений факт, что группа ВДА гетерогенна по своей сути, как в плане личностно-психологических характеристик, так и в плане уровня социального функционирования [113, 117, 131, 137, 179]. Однако, до сих пор не раскрыты механизмы, либо условия формирования и воспитания, которые влияют на данное расщепление, в частности, относительно суицидологических характеристик.

В этой связи, представляется слишком общей описательная характеристика ВДА, не учитывающая пол родителя, супружескую алкогольную зависимость, пол ребенка. Именно эта излишняя консолидация феномена, безусловно, ставшего клинико-социальной реальностью, не дает полного представления об аутоагрессивности ВДА, изначально декларируя абсолютную суицидогенность данной группы. Данное представление, на наш взгляд, является не совсем точным, в



частности, в отношении суицидологической характеристики ВДА, которая требует изучения и уточнения с учетом конкретизации влияния пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

Не опубликовано исследований, которые бы учитывали совокупность факторов риска, защиты, пола ВДА и их родителей, которые, безусловно, влияют на декомпозицию социального пласта взрослых детей алкоголиков.

Учитывая данные обзора литературы, ВДА, какими бы успешными они не позиционировались в социуме, представляют собой высоко аутоагрессивный пласт, требующий повышенного внимания со стороны кризисных психиатрических, наркологических и психологических служб.

Наличие работ, демонстрирующих гетерогенность группы в отношении ряда социальных и психологических характеристик [113, 117, 131, 137, 179], допускает их отличие и в отношении аутоагрессивного поведения, его выраженности и представленности, изучение которых и является поставленной нами задачей.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Характеристика объектов исследования

Данное исследование было выполнено на базе ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Все лица, участвовавшие в исследовании, дали информированное письменное согласие на участие в исследовании после детального ознакомления с его целями и задачами.

Было обследовано посредством метода анкетирования 379 человек. Из них 195 респондентов мужского пола (60 – составили контрольную группу, 135 человек – исследуемую), 184 респондентки женского пола (60 – контрольная группа, 124 – исследуемая). Верификация диагноза родителей производилась лично, либо посредством дистанционного интервью с использованием различных компьютерных программ (Skype, WhatsApp, Viber). Все интервьюированные нами родители находились на второй стадии алкогольной зависимости. Набор испытуемых проводился на базе кафедры психиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, а также в сообществах ВДА в сети интернет (тематические форумы и сайты, посвященные проблемам ВДА, группы в социальной сети Вконтакте).

В соответствии с поставленными целями и задачами женская и мужская когорты были разделены на подгруппы в зависимости от пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью, так же были выделены подгруппы, в которых оба родителя являлись алкогольными аддиктами. Таким образом, мы получили следующие группы, подлежащие дальнейшему исследованию.

ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 30$ , средний возраст в группе составил  $20,3 \pm 0,25$  года).

ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 60$ , средний возраст в группе составил  $20,8 \pm 0,20$  года).

ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью ( $n = 34$ , средний возраст в группе составил  $20,67 \pm 0,27$  года).

ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 31$ , средний возраст в группе составил  $21,42 \pm 0,40$  года).

ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 74$ , средний возраст в группе составил  $21,46 \pm 0,22$  года).

ЮМОА – юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью ( $n = 30$ , средний возраст в группе составил  $21,1 \pm 0,30$ ).

В контрольной группе девушек средний возраст составил  $20,84 \pm 0,06$  года, в контрольной группе юношей –  $21,78 \pm 0,26$  года.

Исследуемая и контрольная группы отличались друг от друга фактом наличия или отсутствия хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

При сравнительном анализе исследуемые группы статистически значимо не отличались между собой по основным социально-демографическим, клиническим и патопсихологическим характеристикам ( $p > 0,05$ ).

Критериями включения в исследуемую группу для респондентов являлось наличие хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью, обучение на старших курсах ВУЗа, как показатель высокого уровня социального функционирования, отсутствие диспансерного учета в психиатрической и наркологической службах. Диагноз алкогольной зависимости у родителя был установлен в соответствии с критериями МКБ-10, рубрики F 10. Все родители респондентов исследуемой группы находились на второй стадии алкогольной зависимости.

Критериями включения респондентов в контрольную группу являлось отсутствие у них родителя, страдающего алкогольной зависимостью, обучение на старших курсах ВУЗа, как показатель высокого уровня социального функционирования, отсутствие диспансерного наблюдения в психиатрической и наркологической службах.

Не участвовали в исследование лица, соответствующие критериями исключения, приведенными ниже:

лица, родители которых клинически находящиеся в первой или третьей стадии заболевания;

лица, родители которых имели сопутствующие болезни зависимости (исключая никотиновую);

лица, родители которых имели психическими расстройства эндогенного спектра;

лица, родители которых имели органическое поражение ЦНС, сформированное до начала злоупотребления алкоголем;

лица, родители которых страдали ВИЧ-инфекцией на последних стадиях заболевания;

лица, имеющие хронические соматические заболевания (в основном, со стороны желудочно-кишечного тракта) в стадии обострения;

отказ предоставить информированное согласие на проведение исследования.

Перед проведением исследования с родителями лиц контрольной группы так же, как и с родителями респондентов исследуемых групп было осуществлено очное или заочное интервью для диагностики у них болезней зависимости и психических расстройств. В качестве скринингового опросника использовался тест CAGE, а также ассоциативный тест. При положительных результатах обследования у родителей из числа родителей респондентов из группы контроля, такие респонденты исключались из контрольной группы.

## **2.2 Методология и методы проведения исследования**

### **Принцип деления выборки на группы и дизайн исследования**

Изначальный дизайн исследования подразумевал фронтальное сравнение двух групп, разделенных по половой принадлежности: контрольной и исследуемой группы, в которой респондент имел хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью. В результате такого фронтального исследования мы

получили весьма ожидаемые результаты, после чего было решено разделить примарные группы по полу родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

Деление в выборках производилось посредством рандомизации, которая осуществлялась после включения респондента в выборку в соответствие с критериями включения и исключения, рассмотренных нами выше в параграфе 2.1.

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

Общее количество респондентов (379 человек) разделено на исследуемую (основную) (259 человек) группу и контрольную (120 человек). Исследуемая группа была разделена на подгруппы в зависимости от пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью; подробно характеристики обозначенных подгрупп описаны в параграфе 2.1.

С целью детального рассмотрения суицидологических характеристик и ранжирования исследуемых групп по степени представленности аутоагрессивных паттернов были проведены следующие серии сравнений:

1. ДМА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
2. ДОА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
3. ДМОА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
4. ДМА и ДОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.
5. ДМА и ДМОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.
6. ДОА и ДМОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.

7. ЮМА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
8. ЮОА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
9. ЮМОА и лиц группы контроля с целью комплексной оценки суицидологических особенностей подгруппы.
10. ЮМА и ЮОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.
11. ЮМА и ЮМОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.
12. ЮОА и ЮМОА для оценки отличий в суицидологическом профиле соответствующих подгрупп.

### **Характеристика методов исследования**

В исследовании применялись: клинико-анамнестический метод, метод анкетирования, метод статистической обработки данных.

Клинические и психопатологические особенности обследуемых, а также их родителей, были оценены посредством клинического опроса и сбора анамнеза. Основными интересующими нас категориями были: наследственная психопатологическая отягощенность, возраст, социальный и профессиональный статус, перенесенные заболевания, наличие и протекание болезней зависимости, наличие эндогенных психических расстройств, личностные преморбидные особенности, аутоагрессивное поведение, эмоциональные особенности, соматическое состояние, проводимая психофармакотерапия, психотерапия.

Диагноз алкогольной зависимости родителям обследуемых лиц, при наличии таковой, выставлялся в соответствии с соответствующими критериями МКБ-10.

Основным диагностическим материалом при проведении исследования являлся «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденный Секцией по наркологии

Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [61]. Данный опросник предлагался каждому участнику исследования и заполнялся вместе с исследователем. Наличие или отсутствие какого-либо признака было оценено у исследуемых в нескольких отрезках времени: в течение последних двух лет, в анамнезе вообще.

Учитывая многообразие проявлений суицидальной и несуицидальной аутоагрессии, данная методика [61] позволяет выявить и оценить паттерны и предикторы аутоагрессивного поведения по направлениям:

«Классическая» аутоагрессия – представлена суицидальными попытками, мыслями, осознанным самоповреждающим поведением (для манипулирования другими людьми, «проверить себя», чтобы и т.п.).

Соматическая аутоагрессия проявляется наличием значительного количества хронических соматических заболеваний, неоднократными оперативными вмешательствами, частыми травмами (в том числе, бытовыми ожогами, обморожениями).

Аутоагрессия в виде рискованного поведения проявляет себя наличием в анамнезе переломов, черепно-мозговых травм, несчастных случаев (например, дорожно-транспортных происшествий), экстремальных для жизни и здоровья хобби и увлечений, употреблением суррогатов и низкопробного алкоголя, приемом неизвестных ПАВ.

Аутоагрессия в виде антисоциального поведения характеризуется провокацией физического насилия (в том числе, виктимным поведением), наличием судимостей, гетероагрессивным и противоправным поведением.

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

Текст опросника представлен в приложении 1.

Для количественного измерения проявлений аутоагрессии использовалось вычисление коэффициента просуицидальной напряженности, представленного

средним значением суммы ранжированных по степени выраженности компонентов [30].

Для оценки личностных особенностей использовались следующие методики:

1. Тест Mini-Mult [17] – представляет собой сокращенный вариант теста ММРІ, включающий 71 вопрос. ММРІ был предложен американскими психологами в 40–50 годах прошлого столетия. Адаптация была проведена в СССР в 60-х годах в институте им. В. Н. Бехтерева. Данный тест содержит 71 вопрос, 8 базисных клинических шкал (исключены шкалы маскулинности, феминности и социальной интроверсии), три – оценочные. Методика ориентирована на выявление ситуативных личностных расстройств, а также константных. Оценочные шкалы направлены на измерение искренности испытуемого, степень достоверности результатов и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные восемь шкал являются базисными и оценивают личностные свойства и психологические склонности.

2. Тест диагностики психологических защитных механизмов (Плутчека Келлермана – Конте) [44]. Данный опросник, известный как Life Style Index (LSI), был разработан в 1979 г. и предназначен для диагностики ведущих механизмов психологических защит. Механизмы психологических защит развиваются в детстве для сдерживания, регуляции определенных эмоций (в основном это эмоции страха и гнева). Предполагается, что существует восемь базисных защит, которые тесно связаны с восемью базисными эмоциями психозволюционной теории. Защитные механизмы стараются свести до минимального те негативные, травмирующие личность переживания, которые происходят с ним на протяжении его жизни, помогают сохранить стабильность самооценки, представлений о себе и о мире. В случаях, когда человек не может справиться со своей тревогой или страхом, защитные механизмы искажают реальную действительность с целью сохранения психологического здоровья и ядра личности.

3. Опросник STAXI [49], использован для оценки переживания гнева и различных его проявлений, соотношения его с параметрами гетероагрессии и



аутоагрессии. Данная методика направлена на исследование как ситуационного, так и личностного уровней агрессивности, характера проявлений этого свойства, а также преимущественной направленности и степени контроля над агрессивными проявлениями. Опросник включает в себя несколько шкал для дифференцированной оценки состояния гнева и адаптирован к применению в Российской Федерации.

4. Тест CAGE – как хорошо апробированный, достаточно информативный метод диагностики хронической алкогольной интоксикации и возможного развития алкогольной зависимости. Данный тест содержит четыре вопроса, связанные с употреблением спиртных напитков и предполагающие бинарные варианты ответа. Оценка данного теста производится по сумме положительных ответов: 1 положительный ответ из 4-х не дает оснований для каких-либо выводов; 2 – свидетельствуют об эпизодическом употреблении алкоголя; 3 – систематическое употребление алкоголя; 4 – почти наверняка указывают на систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию алкогольной зависимости или уже сформировавшейся болезни.

Статистическая обработка данных проведена методами параметрической и непараметрической статистики [47] и компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 7.0. Данный этап складывался из двух этапов: описательного и аналитического. На первом этапе анализа полученные данные были проверены на характер распределения. Нормальное распределение устанавливалось визуально с помощью соответствующей гистограммы и с использованием критерия Шапиро-Уилка. [47]. Описание полученного массива данных для переменных с нормальным типом распределения производилось в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – это среднее значение, а  $m$  – ошибка среднего.

На втором этапе проводился анализ результатов. При нормальном распределении признака был применен t-критерий Стьюдента с расчетом числа степеней свободы для него ( $df$ ). В случаях распределения признака, отличного от нормального, а также для описания качественных признаков, применен критерий согласия Пирсона ( $\chi^2$  - хи-квадрат), проанализированный при составлении таблиц сопря-

женности  $2 \times 2$ . Для описания тесноты связи признаков в исследуемых группах использовались отношение шансов (ОШ) и доверительный интервал (ДИ), которые указаны в виде [нижняя граница ДИ (ОШ); верхняя граница ДИ (ОШ)]. Если границы ДИ (ОШ) включали единицу, то результаты считались статистически незначимыми. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$  [47].

### ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ИМЕЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В данной главе приведены результаты первого этапа исследования, посвященные изучению аутоагрессивного поведения юношей и девушек ВДА в сравнении с соответствующими контрольными группами.

#### 3.1 Суицидологические характеристики юношей из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью

При сравнении лиц группы контроля (молодые люди из семей без родителей, страдающих алкогольной зависимостью) с группой юношей, у которых родители страдают алкогольной зависимостью (ЮРА) обнаружены статистически значимые отличия в отношении показателей суицидальной направленности аутоагрессии. Подробно данные отражены в таблице 3.1.1.

Таблица 3.1.1 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮРА n = 135 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в течение последних 2-х лет	9/7%	0/0	4,19	0,0406	-	-	1
Попытка суицида в анамнезе	32/24%	3/5%	9,87	0,0017	0,17	[0,05; 0,58]	1
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	32/24%	5/8%	6,38	0,0115	0,29	[0,11; 0,80]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	58/43%	6/10%	20,47	0,0000	0,15	[0,06; 0,37]	1
КПСН	0,76±0,05	0,29±0,34	t=-5,81	0,0000	----	-----	193

Данные, представленные в таблице 3.1.1, убедительно подтверждают повышенную аутоагрессивность юношей из популяции ВДА по сравнению с контрольной группой. Показатели, указывающие на наличие суицидальных попыток и суицидальных мыслей у ВДА, превышают таковые в контрольной группе от 4 – х до 10 раз. Суицидальная попытка в анамнезе встречалась у 24% лиц из исследуемой группы, суицидальная попытка в течение последних 2-х лет – у 7%, в то время как аналогичные показатели в контрольной группе составили 5% и 0 соответственно. Это доказывает более высокую суицидальную активность юношей ВДА в сравнении с юношами из нормативной популяции. С чем согласуется и более высокий показатель КПСН в исследуемой группы.

Сравнение основных несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения среди обследуемых из групп контроля и ЮРА, согласуется с полученными данными в отношении «классических» суицидальных аутоагрессивных паттернов, что нашло отражение в таблице 3.1.2.

Таблица 3.1.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных паттернов поведения группы юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮРА n = 135 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несчастный случай в течение последних 2-х лет	29/21%	5/8%	4,99	0,0255	0,33	[0,12; 0,91]	1
Несчастный случай в анамнезе	47/35%	12/20%	4,32	0,0377	0,47	[0,23; 0,97]	1
Опасные хобби в течение последних 2-х лет	34/25%	7/12%	4,57	0,0325	0,39	[0,16; 0,95]	1
Подверженность физическому и/или сексуальному насилию в анамнезе	22/16%	3/5%	4,74	0,0294	0,27	[0,08; 0,95]	1
Несуицидальное самоповреждение последние 2 года	26/19%	3/5%	6,67	0,0098	0,22	[0,06; 0,77]	1
Несуицидальное самоповреждение ранее в анамнезе	43/32%	6/10%	9,41	0,0022	0,24	[0,09; 0,60]	1

Продолжение таблицы 3.1.2							
Склонность к неоправданному риску в течение последних 2-х лет	49/36%	6/10%	14,18	0,0002	0,20	[0,08; 0,49]	1
Склонность к неоправданному риску ранее в анамнезе	58/43%	11/18%	11,02	0,0009	0,30	[0,14; 0,63]	1
Обморожение в анамнезе	25/19%	4/7%	4,61	0,0318	0,31	[0,10; 0,95]	1
Нарушение пищевого поведения (периоды переедания или отчетливо сниженного аппетита)	52/39%	11/18%	7,74	0,0054	0,36	[0,17; 0,75]	1
Наличие татуировок	19/14%	0/0	7,82	0,0052	-	-	1
***ЧМТ в анамнезе	26/19%	5/8%	3,71	0,0541	0,38	[0,14; 1,05]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

При анализе данных таблицы 3.1.2 обращает на себя внимание повышенный травматизм лиц из группы ЮРА по сравнению с контрольной группой: 21% юношей ВДА попадали в несчастные случаи в течение последних 2-х лет, 35% - хотя бы один раз в жизни, соответствующие показатели в группе контроля составили 8% и 20%. В исследуемой группе более чем в три раза респонденты подвергались насилию по сравнению с группой контроля. ЮРА в 25% случаев они имеют опасные хобби, в 43% случаев – склонны к неоправданному риску. Мы не обнаружили статистически значимых отличий в отношении ЧМТ между респондентами групп контроля и ЮРА ( $p < 0,05$ ), однако ЮРА в процентном соотношении чаще имели ЧМТ, чем респонденты группы контроля (19% и 8% соответственно).

Все вышеприведенные данные убедительно демонстрируют ожидаемую повышенную аутоагрессивность юношей ВДА по сравнению с юношами контрольной когорты, что в основных чертах согласуется с данными, приведенными в ряде других исследований [30, 137].

При анализе представленности предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группе обращает на себя внимание ряд отличий, приведенный в таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов ауто-агрессивного поведения группы юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮРА n = 135 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Наблюдался у психиатра ранее последних 2-х лет	13/10%	0/0	6,19	0,0128	-	-	1
Суицид родственника	27/20%	4/7%	5,52	0,0188	0,29	[0,09; 0,86]	1
Общение с суицидентом в анамнезе	21/16%	1/2%	8,01	0,0047	0,09	[0,01; 0,71]	1
Долго переживаемое чувство стыда	45/33%	9/15%	6,97	0,0083	0,35	[0,16; 0,78]	1
Моменты остро переживаемого одиночества	76/56%	14/23%	18,16	0,0000	0,24	[0,12; 0,47]	1
Субъективное ощущение депрессии в течение последних 2-х лет	66/49%	16/27%	8,42	0,0037	0,38	[0,19; 0,74]	1
Субъективное ощущение депрессии в анамнезе	76/56%	17/28%	13,02	0,0003	0,31	[0,16; 0,59]	1
Периоды безысходности	53/39%	12/20%	6,93	0,0085	0,39	[0,19; 0,80]	1
Стыд тела в течение последних 2-х лет	50/37%	13/22%	4,49	0,0342	0,47	[0,23; 0,96]	1
Комплекс неполноценности последние 2 года	37/27%	6/10%	6,35	0,0118	0,29	[0,12; 0,75]	1
Комплекс неполноценности ранее в анамнезе	57/42%	10/17%	12,03	0,0005	0,27	[0,13; 0,59]	1
Могу представить свои похороны и горе родственников	74/55%	23/38%	4,51	0,0336	0,51	[0,27; 0,96]	1
Убежденность в том, что грешники попадают в ад	54/40%	37/62%	7,83	0,0051	2,41	[1,29; 4,53]	1
Наличие смысла жизни	71/53%	44/73%	7,39	0,0066	2,48	[1,27; 4,84]	1
Способность легко нарушить мораль	90/67%	9/15%	42,32	0,0000	0,09	[0,04; 0,20]	1
Испытываю желание обратиться к психиатру последние 2 года	28/21%	0/0	12,89	0,0003	-	-	1
Гетероагрессивность последние 2 года	62/46%	12/20%	11,86	0,0006	0,29	[0,14; 0,61]	1
Гетероагрессивность ранее в анамнезе	78/58%	9/15%	29,06	0,0000	0,13	[0,06; 0,28]	1

Продолжение таблицы 3.1.3							
*** навязчивые угрызение совести в анамнезе	43/32%	11/18%	3,79	0,0515	0,48	[0,23; 1,02]	1
***стыд тела в анамнезе	67/50%	21/35%	3,59	0,0581	0,55	[0,29; 1,03]	1
***убежденность в наличии физического недостатка	40/30%	10/17%	3,66	0,0557	0,48	[0,22; 1,03]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

При анализе данных представленной выше таблицы обращает на себя внимание представленность большого спектра гипотимических чувств в популяции респондентов ЮРА по сравнению с юношами группы контроля. Они в большей степени склонны к долго переживаемому чувству стыда (33%), остро переживаемому одиночеству (56%), субъективному чувству депрессии (56%), ощущению безысходности (39%). За последние два года данные показатели составили соответственно 27%, 53%, 49% соответственно. 20% ЮРА имеют в своём семейном анамнезе суицид близкого родственника, в то время как лишь 7% респондентов юношей из контрольной группы сталкивались с таковым фактом в своей биографии. Обращает на себя внимание большее количество юношей ВДА, общавшихся с суицидентом хотя бы единожды в жизни (18%), по сравнению с респондентами контрольной группы (7%).

Стоит отметить, что юноши ВДА также испытывают проблемы с восприятием образа своего тела: 37% из них стыдятся своего тела в течение последних 2-х лет, 50% стыдились его и ранее, 27% испытывают комплекс неполноценности последние два года, 42% - в течение жизни.

Указывающим на глубокий комплекс психоэмоциональных проблем является и тот факт, что 21% респондентов ЮРА испытывает желание обратиться к психиатру, психологу или психотерапевту в течение последних 2-х лет, при этом 10% обследуемых отметили, что проходили психотерапию или лечились у психиатра. 58% ЮРА считает себя избыточно гетероагрессивными, 46% испытывают повышенную агрессивность и в последние 2 года; соответствующие показатели в

группе контроля составляют 15% и 20%. 40% юношей ВДА отмечают, что склонны винить в своих неприятностях окружающих их людей, в то время как среди юношей группы контроля данный показатель составляет 20%. 67% юношей ВДА утверждают, что легко способны нарушить общепринятые моральные нормы. В группе контроля соответствующий показатель составляет только 15%.

На фоне приводимого комплекса предикторов аутоагрессии обращает на себя внимание оценка наличия смысла жизни. Лишь у 53% ЮРА он является понятным и отчетливым, по сравнению с группой контроля, у которой данный показатель составляет 73%.

Широко озвучены в литературе сведения о том, что все ВДА имеют проблемы наркологического характера, а именно склонны к формированию алкогольной зависимости [4-8, 30-35]. Поскольку многие ученые рассматривают алкогольную зависимость и употребление ПАВ как непосредственно аутоагрессивное поведение само по себе [61], а также являющееся катализатором иных аутоагрессивных проявлений, мы отдельно проанализируем наркологические характеристики ЮРА. Что, безусловно, представляет интерес как для суицидологической практики, так и для наркологии. Данные полученные нами в отношении наркологических характеристик представлены в таблице 3.1.4.

Таблица 3.1.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик группы юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮРА n = 135 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Субъективная оценка себя как «злоупотребляющего алкоголем»	42/31%	7/12%	8,35	0,0039	0,29	[0,12; 0,70]	1
Несистематическое употребление наркотиков последние 2 года	29/21%	4/7%	5,47	0,0193	0,26	[0,09; 0,79]	1
Несистематическое употребление наркотиков в анамнезе ранее	41/30%	10/17%	4,04	0,0445	0,46	[0,21; 1,00]	1



Продолжение таблицы 3.1.4							
Возникновение ощущения того, что следует сократить употребление спиртных напитков	46/34%	12/20%	3,94	0,0472	0,48	[0,23; 1,00]	1
Чувство раздражения, возникающее при замечании окружающих о необходимости сократить употребление спиртных напитков	33/24%	6/10%	5,42	0,0200	0,34	[0,13; 0,88]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	55/41%	12/20%	7,92	0,0049	0,36	[0,18; 0,75]	1

Из данных таблицы 3.1.4 видно, что ЮРА, вероятно, более склонны к формированию химических аддикций, в частности алкогольной зависимости. 31% лиц исследуемой группы считают себя злоупотребляющими алкоголем, 34% отмечают у себя возникновение ощущения того, что им следовало бы сократить употребление спиртных напитков, 24% - чувства раздражения при замечании окружающих о необходимости сокращения употребления спиртных напитков, 41% - чувства вины, связанного с приемом алкогольных напитков. 30% ЮРА отметили, что употребляли наркотики, а 21% - в течение последних 2-х лет.

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий личностных характера у юношей ВДА, имеющих значение для целостного понимания имеющих аутоагрессивных конструктов. Полученные данные изложены в таблице 3.1.5.

В данной таблице отражены отличия личностных характеристик ЮРА от юношей группы контроля. ЮРА чаще склонны применять такой защитный механизм психики (ЗМП), как «Регрессия». Данный ЗМП обуславливает возвращение к более ранним онтогенетическим формам поведения, декларации себя как слабого, беззащитного, нуждающегося в ком-то, кто мог бы постоять за него, разрешить проблемы. Более низкие показатели ЗПМ «Отрицание» и «Реактивное образование» у лиц из группы ЮРА может свидетельствовать о том, что им в меньшей степени доступна конвертация неприемлемых чувств, эмоций, мыслей и поступков в диаметрально противоположные, а игнорирование неприятных, невозможных для принятия моментов их жизненной истории явно снижено. Что, в сово-

купности, указывает на трудности в сдерживании негативных, агрессивных импульсов, возникающих на фоне проблем в социальной жизни.

Таблица 3.1.5 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы юношей, родители (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮРА n = 135 M±m	Контроль n = 60 M±m.	t	p	df
<b>Тест Плутчека – Келлермана - Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,99±0,20	6,60±2,91	t=4,14	0,0000	193
Защитный механизм психики «Регрессия»	4,44±0,22	3,65±2,22	t=-2,10	0,0370	193
Защитный механизм психики «Реактивное образование»	1,87±0,13	2,90±2,09	t=3,84	0,0002	193
<b>Тест STAXI</b>					
Агрессия как черта характера (TRATE-ANGER/R)	20,80±0,44	18,90±5,63	t=-2,34	0,0205	193
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	5,50±0,15	4,87±1,69	t=-2,37	0,0189	193
Аутоагрессия (AX/IN)	15,63±0,34	13,32±3,72	t=-3,81	0,0002	193
<b>Тест MINI - MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	5,77±0,18	4,22±2,19	t=-4,65	0,0000	193
Шкала Mini – Mult Pa (паранойя)	9,35±0,21	2,93±1,76	t=-2,14	0,0335	193

В отношении агрессивности, гетеро- и аутоагрессивности, ЮРА демонстрируют показатели, логично сочетающиеся с данными предыдущих таблиц (3.1.1 – 3.1.4). Они склонны направлять агрессивные импульсы «внутри себя», избыточная агрессия является составной частью их характера и темперамента. В свою очередь, имеется большое количество исследований, обнаруживших связь гетероагрессии и аутоагрессии [30, 61].

По данным теста Mini – Mult, ЮРА отличаются от лиц контрольной группы по таким шкалам, как D – «депрессия», которая объективизирует пессимистический взгляд на жизнь, склонность к меланхолии, субъективной оценке себя депрессивным, подчеркивает гипотимический личностный склад; а также Pa – «паранойя», которая указывает на ригидность эмоциональных реакций и убеждений, преувеличение враждебности окружающего мира. Сочетание данных шкал указы-

вает на большую склонность ЮРА к конфликтам с узким кругом лиц, общую подавленность, субъективное ощущение тревоги и непрочности своей позиции в этом мире.

Кратко остановимся на обнаруженных в группах психических расстройств.

Таблица 3.1.6. – Представленность психических расстройств в группе юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ЮРА n= 135 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	24/18%	11/18%
Социальные фобии (F 40.1)	4/3%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	8/6%	--
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	5/4%	1/2%
Обсессивно-компульсивные расстройства (F 42.)	3/2%	--
Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)	1/0,7%	--

Отметим отсутствие в группах статистически значимых отличий, которые бы кардинальным образом отличали исследуемую группу от контрольной. Данное наблюдение важно для понимания специалистами профильных служб, так как при обращении за помощью, у молодого человека может не выявляться признаков наличия у него какого-либо психического заболевания. При этом у него может обнаруживаться большой спектр «активных» аутоагрессивных характеристик, требующих профессиональной коррекции.

Перейдем к рассмотрению суицидологических характеристик юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.

### **3.2 Суицидологические характеристики юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью**

Таким образом, сформировав общее представление о суицидологической характеристике группы ЮРА, где, безусловно, не учитывалось, кто именно из родителей страдает алкогольной зависимостью, перейдем к детальной оценке анало-

гичных особенностей, сформированных из группы ЮРА подгрупп: молодых людей ВДА, у которых отец страдал алкогольной зависимостью (ЮОА, n = 74), мать страдала алкогольной зависимостью (ЮМА, n = 31) или оба родителя страдали алкогольной зависимостью (ЮМОА, n = 30). Рассмотрим аутоагрессивные характеристики юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью (ЮОА).

Ниже в таблицу 3.2.1 приведены основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов поведения в подгруппе юношей, где отец страдает алкогольной зависимостью и в группе контроля.

Таблица 3.2.1 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов подгруппы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в течение последних 2-х лет	5/7%	0	4,21	0,0402	0	-	1
Попытка суицида в анамнезе	13/18%	3/5%	4,98	0,0257	0,25	[0,07; 0,92]	1
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	17/23%	5/8%	5,17	0,0229	0,30	[0,10; 0,89]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	27/36%	6/10%	11,14	0,0008	0,19	[0,07; 0,51]	1
КПСН	0,65±0,06	0,29±0,34	t=-4,45	0,0000	-	-	132

Анализ данных таблицы 3.2.1 доказывает заметно большее количество суицидальных паттернов у ЮОА по сравнению с группой контроля. 18% респондентов ЮОА имеют попытку суицида в анамнезе, 7% - в течение последних 2-х лет; в группе контроля аналогичные показатели составили 5% и 0 соответственно. 36% ЮОА имеют суицидальные мысли в анамнезе, 23% - в течение последних 2-х лет. В контрольной группе соответствующие показатели составили 10% и 8% соответственно. Высокая аутоагрессивность ЮОА подтверждается и значением интегрального показателя КПСН, которое в случае последних составило 0,65±0,06, в то время как для юношей контрольной группы значение КПСН составило 0,29±0,34. Данные таблицы 3.2.1 логично согласуются с данными таблицы 3.1.1 и

не противоречат обобщенным выводам об аутоагрессивности ВДА. Данные, представленные выше дополняют данные, представленные в таблице 3.1.1, посвященной суицидальным аутоагрессивным паттернам в группе ЮРА и демонстрируют, что ЮОА составляют почти половину количества общей исследуемой группы, совершивших или обдумывавших суицидальную попытку.

При рассмотрении статистически значимых отличий в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения среди лиц ЮОА, были обнаружены отличия, представленные в таблице 3.2.2.

Таблица 3.2.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов подгруппы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несчастный случай в течение последних 2-х лет	17/23%	5/8%	5,17	0,0229	0,30	[0,10; 0,98]	1
Нарушение пищевого поведения в анамнезе	33/45%	13/22%	7,73	0,0054	0,34	[0,16; 0,74]	1
Наличие опасного хобби в анамнезе	19/26%	7/12%	4,16	0,0414	0,38	[0,15; 0,99]	1
Несуйцидальное самоповреждающее поведение в анамнезе	18/24%	6/10%	4,62	0,0315	0,35	[0,13; 0,95]	1
Склонность к неоправданному риску последние 2 года	21/28%	6/10%	6,96	0,0084	0,28	[0,10; 0,76]	1
Склонность к неоправданному риску ранее	26/35%	11/18%	4,68	0,0305	0,41	[0,18; 0,94]	1
***ЧМТ в анамнезе	15/20%	5/8%	3,72	0,0538	0,36	[0,12; 1,06]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

Из данных таблицы следует, что несуйцидальная аутоагрессия у ЮОА представлена виктимным поведением (склонность к неоправданному риску, наличие опасных хобби, несчастных случаев в анамнезе, нанесение несуйцидальных самоповреждений), нарушением пищевого поведения (склонность к эпизодам переедания или голодания). В течение последних 2-х лет респонденты ЮОА в 23% попадали в несчастные случаи, 38% признались, что испытывали моменты компульсивного переедания или длительного отсутствия аппетита, 26% имели опас-

ные для здоровья хобби, 23% наносили себе самопорезы без суицидальной установки, 28% отметили достаточно частые эпизоды неоправданного риска. Еще большее количество ЮОА признается, что подобные вещи случались с ними и ранее. По всем данным показателям ЮОА опережают респондентов группы контроля минимум в два раза.

В отличие от ЮРА, у ЮОА отсутствует подверженность различным видам насилия. Соотнося же количественную часть ЮОА, которая входит в состав ЮРА, обращает на себя внимание, что в общем пуле их доля составляет в зависимости от признака 41% - 58% всех юношей ВДА. Остальной процент приходится на две другие исследуемые подгруппы. Это настораживает в отношении большей количественной наполненности аутоагрессивными паттернами ЮОА, по сравнению с другими исследуемыми подгруппами, и, может указывать преимущество жизненного уклада в семье, где отец страдает алкогольной зависимостью.

В отношении предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ЮОА нами были обнаружены ряд отличий, представленных в таблице 3.2.3.

Таблица 3.2.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения подгруппы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Лечился у психиатра	6/8%	0/0	5,09	0,0240	-	-	1
Родственник наблюдался у психиатра	5/7%	0/0	4,21	0,0402	-	-	1
Моменты остро переживаемого одиночества последние 2 года	27/36%	12/20%	4,36	0,0367	0,44	[0,20; 0,97]	1
Моменты остро переживаемого одиночества в анамнезе ранее	38/51%	14/23%	10,95	0,0009	0,29	[0,13; 0,62]	1
Субъективное ощущение депрессии последние 2 года	33/45%	16/27%	4,59	0,0321	0,45	[0,22; 0,95]	1
Субъективное ощущение депрессии в анамнезе ранее	38/51%	17/28%	7,25	0,0071	0,37	[0,18; 0,78]	1

Периоды безысходности в анамнезе	27/36%	12/20%	4,36	0,0367	0,44	[0,20; 0,97]	1
Комплекс неполноценности в течение последних 2-х лет	20/27%	6/10%	6,14	0,0132	0,30	[0,11; 0,81]	1
Комплекс неполноценности ранее в анамнезе	26/35%	10/17%	5,75	0,0165	0,37	[0,16; 0,85]	1
Убежденность, что грешники попадают в ад	30/41%	37/62%	5,92	0,0150	2,36	[1,17; 4,77]	1
Способность легко нарушить мораль	46/62%	9/15%	30,46	0,0000	0,11	[0,05; 0,25]	1
Испытываю желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет	15/20%	0/0	11,73	0,0006	-	-	1
Гетероагрессия последние 2 года	32/43%	12/20%	8,12	0,0044	0,33	[0,15; 0,72]	1
Гетероагрессия ранее в анамнезе	39/53%	9/15%	18,88	0,0000	0,16	[0,07; 0,37]	1
Число долгожителей	0,79±0,10	1,38±1,25	t=3,24	0,0015	---	----	130
***Физическое наказание родителями в детстве	15/20%	5/8%	3,72	0,0538	0,36	[0,12; 1,06]	1
***склонен в собственных ошибках обвинять других	26/35%	12/20%	3,74	0,0533	0,46	[0,21; 1,03]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

Из представленных данных следует, что ЮОА в своем семейном анамнезе в 7% случаев имеют родственника, который лечился у психиатра, при этом 8% ЮОА сами наблюдались у психиатра или психотерапевта, 20% ЮОА испытывают желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет, 16% испытывали подобное желание и ранее. Подобное стремление является не только отражением кризисной ситуации, в которой находится человек, так как обращение к психиатру в виду устоявшихся социальных штампов является, в том числе, самостигматизирующим, но и, вероятно, наличием критичного отношения к своему душевному состоянию. Спектр предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ЮОА представлен также спектром большого количества гипотимических переживаний, таких как моменты острого одиночества в анамнезе (51% ЮОА),

периоды безысходности в анамнезе (36% ЮОА), субъективное чувство депрессии в анамнезе (51% ЮОА). 35% ЮОА имеют «комплекс неполноценности», 53% ЮОА избыточно агрессивны. 41% ЮОА считают, что грешники попадают в ад, в то время как привержены данному утверждению 62% из группы контроля; такие установки являются протективными и имеют антисуицидальное значение. Только 15% юношей из группы контроля считают себя способными нарушить мораль, среди ЮОА к таковыми себя относят 62%.

Следующие данные являются статистически недостоверными ( $p > 0,05$ ), однако демонстрируют общую тенденцию среди ЮОА: 20% из них признались, что в детстве их часто били родители, среди респондентов группы контроля таковых оказалось более чем в два раза меньше; также 35% ЮОА склонны обвинять других людей в своих неприятностях, значительно отличаясь в отношении внешне обвиняющих установок от лиц из контрольной группы.

Соотнося выше представленные данные с общей группой ЮРА, можно сказать, что ЮОА являются ее логическим продолжением и отличаются от общего пула юношей ВДА лишь нюансами, не исключаящими их общей высокой аутоагрессивности.

Перейдем к рассмотрению таблицы 3.2.4, в которой представлены статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик в подгруппе ЮОА и контрольной группе.

При анализе наркологических характеристик обращает на себя внимание частая оценка ЮОА себя как «лиц, злоупотребляющих алкоголем» - 30% (в группе контроля составили соответственно только 12%).

42% ЮОА отметили сформированное чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков, в группе контроля данный показатель более чем в два раза меньше. При этом любопытным выглядит тот факт, что 23% юношей контрольной группы отметили, что выпивают 100-200 гр. водки несколько раз в год (9% среди ЮОА), 32% юношей контрольной группы отметили, что выпивают 100 гр. водки несколько раз в месяц (15% среди ЮОА). Просмотрев исходные данные, мы увидели, что 34 человека из опрошенных ЮОА (46%) дали отрицательный от-



вет на вопрос о количестве употребления алкоголя, а 33 (45%) – оставили данные вопросы без внимания.

Таблица 3.2.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгруппы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Субъективная оценка себя как «злоупотребляющего алкоголем»	22/30%	7/12%	5,35	0,0207	0,31	[0,12; 0,80]	1
Выпиваю 100 – 200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в год	7/9%	14/23%	4,83	0,0280	2,91	[1,08; 7,86]	1
Выпиваю 100 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в месяц	11/15%	19/32%	5,38	0,0203	2,65	[1,14; 6,20]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	31/42%	12/20%	7,29	0,0069	0,35	[0,16; 0,76]	1

Похожая ситуация наблюдалась и в отношении других форм употребления алкоголя. Данный факт не дает возможности сделать какой-либо вывод в отношении склонности ЮОА к систематическому употреблению алкоголя, но настораживает в отношении попытки скрыть реальное положение вещей от исследователя. Это может указывать на то, что респонденты ЮОА излишне критичны к любому эксцессу, связанному с употреблением алкоголя, либо искажают реально употребляемое ими количество алкоголя.

Рассмотрим значимые для суицидологической практик личностные характеристики респондентов ЮОА, что нашло отражение в таблице 3.2.5.

ЮОА больше склонны использовать ЗПМ «Замещение» и заметно реже «Отрицание» и «Реактивное образование». В совокупности такая комбинация усиления одних ЗПМ и ослабления других в контексте суицидального поведения говорит о склонности ЮОА направлять антивитаальные импульсы на себя, замещая, таким образом, социально неприемлемое агрессивное поведение на более одобряемое обществом жертвенное, а также на низкую эффективность стратегий

совладания с теми гипотимными чувствами, которые у них возникают. Данный тезис согласуется с таким показателем как «аутоагрессия» (АХ/ІN), который у респондентов ЮОА заметно превышает таковой у лиц группы контроля, а также выявленными модусами аутоагрессивного поведения, представленными в таблицах 3.2.1 и 3.2.2.

Таблица 3.2.5 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮОА n = 74 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,97±0,32	6,60±2,91	3,32	0,0012	132
Защитный психологический механизм «Замещение»	4,45±0,30	3,53±2,51	-2,05	0,0421	132
Защитный психологический механизм «Реактивное образование»	2,03±0,20	2,90±2,09	2,70	0,0084	132
<b>Тест STAXI</b>					
Аутоагрессия (АХ/ІN)	15,34±0,50	13,32±3,72	-2,87	0,0048	132
<b>Тест MINI - MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	5,88±0,26	4,22±2,19	-4,33	0,0000	132

Высокая шкала D теста Mini – Mult подтверждает обнаруженные нами ранее аффективные особенности ЮОА.

Примечательно, что ЮОА не используют «Регрессию», в отличие от ЮРА, предпочитая ей «Замещение» и не характеризуются высокой шкалой агрессии, как составной части их темперамента. Данное наблюдение может говорить о большей склонности ЮОА к перенаправлению своей агрессии на себя, и меньшей степени их манипулятивности, к попыткам самостоятельно справиться со своими трудностями, не прибегая к помощи более авторитетных или субъективно значимых фигур.

Рассмотрим наблюдаемые психические расстройства в исследуемой подгруппе, представленные в таблице 3.2.6.

Таблица 3.2.6 – Представленность психических расстройств в подгруппе юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ЮОА n= 74 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	11/15%	11/18%
Социальные фобии (F 40.1)	1/1%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	3/4%	--
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	--	1/2%

Здесь, так же, как и в случае с таблицей 3.1.6, мы наблюдаем отсутствие статистически значимой разницы между ЮОА и группой контроля в отношении выявляемой у них психической патологии.

Перейдем к анализу суицидологических характеристик в подгруппе юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.

### 3.3 Суицидологические характеристики юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Теперь рассмотрим подробнее аутоагрессивные характеристики юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью (ЮМА).

В таблице 3.3.1 представлены основные статистически значимые отличия в отношении рассматриваемых критериев в подгруппе ЮМА.

Таблица 3.3.1 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов подгруппы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в анамнезе	8/25%	3/5%	8,33	0,0039	0,15	[0,04; 0,63]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	9/28%	6/10%	5,38	0,0204	0,27	[0,08; 0,87]	1
КПСН	0,69±0,10	0,29±0,34	t=-4,07	0,0001	---	----	89

25% ЮМА отметили, что имели попытку суицида в анамнезе. Лица контрольной группы лишь в 5% таковую в анамнезе. ЮМА сообщили, что испытывали суицидальные мысли в 28% случаев в течение жизни. Высокую суицидальную готовность ЮМА подтверждает значение КПСН, который более чем в два раза превышает таковой в группе контроля.

При анализе несуйцидальных агрессивных паттернов поведения нами был обнаружен ряд отличий между ЮМА и лицами группы контроля, которые представлены в таблице 3.3.2.

Таблица 3.3.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов подгруппы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несуйцидальное самоповреждение в течение последних 2-х лет	8/25%	3/5%	8,33	0,0039	0,15	[0,04; 0,63]	1
Несуйцидальное самоповреждение в анамнезе	11/34%	6/10%	8,74	0,0031	0,20	[0,06; 0,63]	1
Склонность к неоправданному риску в течение последних 2-х лет	13/41%	6/10%	12,62	0,0004	0,15	[0,05; 0,47]	1
Склонность к неоправданному риску в анамнезе	16/50%	11/18%	10,85	0,0010	0,21	[0,08; 0,56]	1
Наличие обморожений в течение последних 2-х лет	3/9%	0/0	6,00	0,0143	-	-	1
Наличие татуировок	4/13%	0/0	8,10	0,0044	-	-	1
Количество татуировок	0,73±0,18	0	t=-2,95	0,0040	---	----	89

В отличие от лиц группы контроля, ЮМА обнаруживают склонность к нанесению себе несуйцидальных самоповреждений (например, брание), к неоправданному рискованному поведению, обморожениям, в 2-х случаях, связанных с состоянием алкогольного опьянения. Стоит отметить, что, несмотря на то, что спектр несуйцидальной агрессии у ЮМА, в целом, представлен теми же направлениями, что и у ЮОА (виктимное, несуйцидальное самоповреждающее поведение), его разнообразие гораздо скуднее в отношении представленных при-

меров несуицидальной аутоагрессии в группе респондентов ЮОА, которые, как было продемонстрировано выше, представляют собой весьма любопытный срез популяции ЮРА. ЮМА в пять раз чаще наносили себе несуицидальные повреждения в течение последних 2-х лет (25% у ЮМА, 5% в группе контроля), 50% ЮМА отмечают свою склонность к неоправданному рискованному поведению в течение жизни (18% респондентов в группе контроля). 9% ЮМА имели обморожения в течение последних 2-х лет. 13% респондентов ЮМА имеют татуировки на теле, что косвенно говорит о неуверенности в себе, нелюбви к своему телу, желании причинять себе боль, привлекать внимание к своей персоне. В отношении татуировок ЮМА составляют 21% от ЮРА, при этом ЮОА не имеют рисунков на теле и не занимаются модификацией себя в соответствии с модой. При этом ЮОА чаще наносят себе несуицидальные самоповреждения (например, самопорезы) – их доля среди ЮРА составляет 42%, в то время как доля нанесения несуицидальных самоповреждений ЮМА среди ЮРА составляет 25%. Таким образом, можно сказать, что нанесение татуировок на теле заменяет собой, например, самопорезы.

При изучении предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ЮМА, нами был обнаружен ряд особенностей, представленный в таблице 3.3.3.

Таблица 3.3.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения подгруппы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Общение с суицидентом в течение последних 2-х лет	5/16%	1/2%	6,94	0,0084	0,09	[0,01; 0,82]	1
Долго переживаемое чувство стыда в анамнезе	14/44%	9/15%	9,85	0,0017	0,21	[0,08; 0,59]	1
Моменты остро переживаемого одиночества в анамнезе	19/59%	14/23%	12,74	0,0004	0,19	[0,07; 0,50]	1
Физическое наказание родителями в детстве	8/25%	5/8%	5,10	0,0240	0,26	[0,08; 0,90]	1
Стыд тела последние 2 года	14/44%	13/22%	5,41	0,0201	0,34	[0,13; 0,87]	1
Комплекс неполноценности в анамнезе	15/47%	10/17%	10,32	0,0013	0,21	[0,08; 0,57]	1

Продолжение таблицы 3.3.3							
Наличие веры в Бога	14/44%	44/73%	7,02	0,0081	3,34	[1,33; 8,41]	1
Могу легко представить свои похороны и горе родственников	20/63%	23/38%	5,62	0,0177	0,34	[0,14; 0,85]	1
Убежденность в том, что грешники попадают в ад	11/34%	37/62%	5,62	0,0177	2,92	[1,17; 7,30]	1
Наличие смысла жизни	16/50%	44/73%	4,29	0,0383	2,58	[1,03; 6,48]	1
Способность легко нарушить мораль	23/72%	9/15%	31,41	0,0000	0,06	[0,02; 0,18]	1
Испытываю желание обратиться к психиатру ранее последних 2-х лет	3/9%	0/0	6,00	0,0143	-	-	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка)	18/56%	9/15%	18,17	0,0000	0,13	[0,05; 0,35]	1

16% ЮМА общались с суицидентом в течение последних 2-х лет, что в восемь раз превышает аналогичный показатель в группе контроля. ЮМА, также как и ЮРА и ЮОА склонны к переживанию спектра гипотимических чувств, с одной стороны обусловленных их предрасположенностью к гипотимному реагированию на происходящие события (согласно данным таблицы 3.3.5), с другой – стрессовыми условиями, сопровождающими их семью (25% ЮМА отмечают, что их «били родители»). ЮМА имеют сложности восприятия своего телесного образа, как и ЮОА: 47% из них отмечают, что испытывают комплекс неполноценности, 56% - стыдятся своего тела.

Всего лишь 44% ЮМА говорит о наличии у них веры в Бога (что является мощным протективным антисуицидальным фактором), в то время как в группе контроля таковых 73%. Многие юноши контрольной группы отмечают свою уверенность в том, что грешащие люди попадают в Ад (62%), 73% из них считают, что имеют отчетливый смысл жизни, лишь 15% из них способны нарушить мораль. В отличие от них, ЮМА лишь в 50% случаев отмечают наличие смысла в своей жизни, 63% из них утверждают, что легко могут представить свои похороны и горе родственников, 72% из них – уверены, что способны нарушить общепринятые нормы морали и нравственности. В отношении желания обратиться к

психиатру или психотерапевту 16% ЮМА отмечают его наличие в течение последних 2-х лет, 9% ЮМА испытывали его и ранее, что может указывать на эскалацию стресса, ухудшение психического самочувствия и поиск поддержки.

Перейдем к рассмотрению основных наркологических характеристик в исследуемой подгруппе. При анализе наркологических характеристик нами был обнаружен ряд заметных отличий, представленных в таблице 3.3.4.

Таблица 3.3.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгруппы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несистематическое употребление наркотиков в течение последних 2-х лет	9/28%	4/7%	8,35	0,0039	0,17	[0,05; 0,64]	1
Выпиваю 100 – 200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в год	0/0	14/23%	8,55	0,0035	-	-	1
Тест CAGE (сумма баллов в ответах)	0,29±0,16	0,8±1,12	t=2,20	0,0307	---	----	89
***Выпиваю 100 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в месяц	4/13%	19/32%	3,81	0,0510	3,13	[0,94; 10,39]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

В отношении наркологических характеристик ЮМА кажутся менее благополучными, чем ЮОА. 28% ЮМА употребляли наркотики в течение последних 2-х лет, среди юношей группы контроля таковых только 7%. При этом представляется интересным, что ЮМА в отношении показателей, демонстрирующих их уровень употребления алкогольных напитков и риск формирования алкогольной зависимости, «отстают» от группы контроля. Это может указывать как на лукавство при заполнении анкеты и отсутствие критичности к своему поведению, либо на то, что ЮМА имеют меньшее употребление алкоголя, что на наш взгляд нуждается в дальнейшем изучении и уточнении. Похожее наблюдение описано выше

при анализе таблицы 3.2.4 в отношении респондентов ЮОА, в данной группе при заполнении анкеты произошло повторение ситуации.

Перейдем к анализу личностных характеристик ЮМА, значимых для суицидологической практики. Полученные статистически значимые отличия отражены в таблице 3.3.5.

Таблица 3.3.5 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМА n = 31 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	5,06±0,35	6,60±2,91	2,63	0,0099	89
Защитный психологический механизм «Реактивное образование»	1,58±0,19	2,90±2,09	3,29	0,0014	89
<b>Тест STAXI</b>					
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	5,90±0,30	4,87±1,69	-2,78	0,0067	89
Аутоагрессия (AX/IN)	16,65±0,71	13,32±3,72	-3,94	0,0002	89
<b>Тест MINI – MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	5,84±0,36	4,22±2,19	-3,42	0,0009	89

Как и ранее среди ЮРА, ЮОА в отношении ЗПМ, мы видим, что ЮМА в меньшей степени используют «Отрицание» и «Реактивное образование». Снижение «работы» данных механизмов приводит к эффекту «затопления чувствами», с которыми обследуемым трудно справиться самостоятельно. Им тяжело «видоизменить» свои эмоции или поступки, что не позволяет им эффективно справляться с психотравмирующими ситуациями и чувствами на внутреннем психологическом уровне. Это, возможно, обуславливает аутоагрессивное поведение, проявляемое ЮМА.

В отношении показателей STAXI, ЮМА демонстрируют более высокие значения в отношении таких показателей, как аутоагрессивность и агрессия как темперамент, что обуславливает их более высокий базовый уровень гнева, что со-



гласуется с полученными данными, приведенными в таблице 3.3.3, а также более высокие показатели аутоагрессии (АХ/ІN), нежели в подгруппе ЮОА.

При анализе показателей теста Mini – Mult уже традиционным для юношей ВДА, является высокий балл по шкале D (депрессия), объективирующий обнаруженные нами аффективные нарушения в исследуемой подгруппе (таблица предикторы аутоагрессивного поведения ЮМА).

Перейдем к обнаруженным в рассматриваемой подгруппе психическим расстройствам, которые отражены в таблице 3.3.6.

В данной паре сравнений с позиции представленности психических расстройств также отсутствуют заметные отличия.

Таблица 3.3.6 – Представленность психических расстройств в подгруппе юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ЮМА n= 31 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	5/16%	11/18%
Социальные фобии (F 40.1)	--	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	3/6%	--
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	2/6%	1/2%
Обсессивно-компульсивные расстройства (F 42.)	1/3%	--

Перейдем к рассмотрению суицидологических характеристик юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью.

### **3.4 Суицидологические характеристики юношей, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью**

Ниже рассмотрим суицидологические характеристики молодых людей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью (ЮМОА).

В отношении представленности суицидальных паттернов обнаружен ряд отличий между ЮМОА и лицами группы контроля, что нашло отражение в таблице 3.4.1.

Таблица 3.4.1 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов подгруппы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в течение последних 2-х лет	3/10%	0/0	6,21	0,0127	-	-	1
Попытка суицида в анамнезе	11/37%	3/5%	12,95	0,0003	0,09	[0,02; 0,37]	1
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	10/33%	5/8%	7,29	0,0069	0,18	[0,05; 0,61]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	22/73%	6/10%	34,53	0,0000	0,04	[0,01; 0,13]	1
КПСН	1,11±0,10	0,29±0,34	t=-8,58	0,0000	---	----	88
КПСН за последние 2 года	0,34±0,04	0,24±0,22	t=-1,99	0,0489	---	----	88

В отношении представленности классических паттернов аутоагрессивного поведения у ЮМОА обнаружены следующие особенности: 10% из них совершали попытку суицида в течение последних 2-х лет, 37% сообщили о таковой в анамнезе (данное значение превышает таковые в предыдущих подгруппах ЮОА, ЮМА и даже ЮРА в консолидированном случае). При этом 33% ЮМОА отмечают наличие суицидальных мыслей в течение последних 2-х лет, 73% - в течение жизни. В контрольной группе соответствующие показатели составляют минимум в семь раз меньшее значение. Значительный уровень аутоагрессии ЮМОА подтверждается также показателями КПСН и КПСН за последние 2 года. Подгруппа ЮМОА среди представленных подгрупп юношей, родители которых страдают алкогольной зависимостью, единственная подгруппа, которая отличается от респондентов группы контроля по показателю КПСН за последние 2 года. Данный интегральный показатель подчеркивает большой аутоагрессивный «заряд» ЮМОА в течение последних 2-х лет. Большинство рассматриваемых показателей превышает аналогичные не только в подгруппах ЮМА, ЮОА, но и в общей группе ЮРА, что указывает на катастрофически мощный антивитаальный заряд, который несут себе ЮМОА.

Перейдем к рассмотрению основных отличий в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения ЮМОА и лиц контрольной группы, представленных в таблице 3.4.2.

Таблица 3.4.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов подгруппы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
ЧМТ в течение последних 2-х лет	2/7%	0/0	4,09	0,0431	-	-	1
ЧМТ ранее в анамнезе	7/23%	5/8%	3,89	0,0485	0,30	[0,08; 1,06]	1
Несчастный случай в анамнезе	13/43%	12/20%	5,43	0,0198	0,33	[0,12; 0,87]	1
Нарушение пищевого поведения	17/57%	13/22%	11,02	0,0009	0,21	[0,08; 0,55]	1
Братание в течение последних 2-х лет	9/30%	3/5%	8,76	0,0031	0,12	[0,03; 0,51]	1
Братание ранее в анамнезе	14/47%	6/10%	15,56	0,0001	0,13	[0,04; 0,39]	1
Склонность к неоправданному риску последние 2 года	15/50%	6/10%	17,89	0,0000	0,11	[0,04; 0,34]	1
Склонность к неоправданному риску ранее в анамнезе	16/53%	11/18%	11,67	0,0006	0,20	[0,07; 0,53]	1
Наличие обморожений последние 2 года	3/10%	0/0	6,21	0,0127	-	-	1
Наличие обморожений ранее в анамнезе	10/33%	4/7%	10,83	0,0010	0,14	[0,04; 0,52]	1
Термическая патология (ожоги) в анамнезе	10/33%	7/12%	6,13	0,0133	0,26	[0,09; 0,80]	1
Гипертоническая болезнь	4/13%	1/2%	5,19	0,0227	0,11	[0,01; 1,07]	1
Язвенная болезнь желудка	7/23%	2/3%	6,81	0,0091	0,11	[0,02; 0,60]	1
Наличие сложных операций в течение последних 2-х лет	2/7%	0/0	4,09	0,0431	-	-	1
Наличие сложных операций в анамнезе	9/30%	7/12%	4,60	0,0320	0,31	[0,10; 0,95]	1
Неоднократный опыт незащищенного секса	12/40%	12/20%	4,09	0,0431	0,38	[0,14; 1,0]	1
Наличие татуировок	13/43%	0/0	30,39	0,0000	-	-	1
Количество татуировок	2,42±0,55	0	t=-6,23	0,0000	---	----	82

Не вызывает сомнений значительное отличие ЮМОА от группы контроля. Несуицидальная аутоагрессия ЮМОА представлена соматическим направлением (наличие сложных операций, ЧМТ, термической травмы), виктимным и рискованным поведением (склонность к неоправданному риску, нанесение несуйцидальных самоповреждений, незащищенными половыми актами, подверженностью физическому и/или сексуальному насилию). При изучении спектра несуйцидальной аутоагрессии у ЮМОА по сравнению с предыдущими исследуемыми подгруппами (ЮОА, ЮМА), следует отметить, что ЮМОА единственные, у которых имеются некоторые психосоматические заболевания. В данном случае это язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – 23% ЮМОА, гипертоническая болезнь – 13% ЮМОА (в группе контроля данные показатели составили 3% и 2% соответственно). Что согласуется с их психоэмоциональным и дискомфортным состоянием, вызванным длительным существованием в условиях рассматриваемых дисфункциональных семей.

Рассмотрим отличия между лицами ЮМОА и группы контроля, которые представлены в таблице 3.4.3.

Таблица 3.4.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения подгруппы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Лечился у психиатра последние 2 года	4/13%	0/0	5,53	0,0187	-	-	1
Лечился у психиатра ранее в анамнезе	7/23%	2/3%	6,81	0,0091	0,11	[0,02; 0,60]	1
Суицид близкого родственника	10/33%	4/7%	8,89	0,0029	0,14	[0,04; 0,52]	1
Общение с суицидентом последние 2 года	11/37%	1/2%	18,28	0,0000	0,03	[0; 0,25]	1
Общение с суицидентом ранее в анамнезе	11/37%	4/7%	10,89	0,0010	0,12	[0,03; 0,44]	1
Страх темноты в детстве	17/57%	14/23%	9,84	0,0017	0,23	[0,09; 0,60]	1
Страх темноты сейчас	6/20%	3/5%	5,00	0,0254	0,21	[0,05; 0,93]	1

Продолжение таблицы 3.4.3							
Долго переживаемое чувство стыда в течение последних 2-х лет	8/27%	13/22%	4,23	0,0397	0,31	[0,09; 1,0]	1
Долго переживаемое чувство стыда ранее в анамнезе	14/47%	9/15%	8,94	0,0028	0,20	[0,07; 0,56]	1
Моменты остро переживаемого одиночества в анамнезе	19/63%	14/23%	13,78	0,0002	0,18	[0,07; 0,46]	1
Субъективное ощущение депрессии в течение последних 2-х лет	20/67%	16/27%	13,33	0,0003	0,18	[0,07; 0,48]	1
Субъективное ощущение депрессии ранее в анамнезе	20/67%	17/28%	12,14	0,0005	0,20	[0,08; 0,51]	1
Периоды безысходности в анамнезе	16/53%	12/20%	10,37	0,0013	0,22	[0,08; 0,58]	1
Долго переживаемое чувство вины в анамнезе	12/40%	11/18%	4,94	0,0263	0,34	[0,12; 0,91]	1
Физическое наказание родителями в детстве	10/33%	5/8%	7,29	0,0069	0,18	[0,05; 0,61]	1
Стыд тела	19/63%	21/35%	6,50	0,0108	0,31	[0,12; 0,79]	1
Комплекс неполноценности последние 2 года	10/33%	6/10%	7,45	0,0063	0,22	[0,07; 0,70]	1
Комплекс неполноценности ранее в анамнезе	16/53%	10/17%	13,09	0,0003	0,18	[0,06; 0,48]	1
Могу легко представить свои похороны и горе родственников	23/77%	23/38%	11,76	0,0006	0,19	[0,07; 0,52]	1
Наличие смысла жизни	13/43%	44/73%	7,75	0,0054	3,60	[1,41; 9,16]	1
Не вижу смысла в своём существовании последние 2 года	5/17%	2/3%	4,96	0,0260	0,17	[0,03; 0,97]	1
Не вижу смысла в своём существовании ранее в анамнезе	10/33%	6/10%	7,45	0,0063	0,22	[0,07; 0,70]	1
Навязчивые угрызения совести последние 2 года	10/33%	8/13%	5,00	0,0254	0,31	[0,10; 0,90]	1
Навязчивые угрызение совести ранее в анамнезе	15/50%	11/18%	9,76	0,0018	0,22	[0,08; 0,60]	1
Способность легко нарушить нормы морали и нравственности	21/70%	9/15%	24,81	0,0000	0,08	[0,03; 0,22]	1
Испытываю желание обратиться к психиатру последние 2 года	8/27%	0/0	14,42	0,0001	-	-	1
Испытывал желание обратиться к психиатру ранее в анамнезе	12/40%	11/18%	4,94	0,0263	0,34	[0,12; 0,91]	1

Продолжение таблицы 3.4.3							
Испытываю агрессию в течение последних 2-х лет	20/67%	12/20%	19,01	0,0000	0,13	[0,05; 0,34]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка)	21/70%	9/15%	27,23	0,0000	0,08	[0,03; 0,22]	1
Склонен в собственных ошибках обвинять других	21/70%	12/20%	21,53	0,0000	0,11	[0,04; 0,30]	1
Число должителей	0,63±0,13	1,38±1,25	t=3,04	0,0031	---	----	88

Сразу отметим, 100% ЮМОА воспитывались в полной семье, несмотря на ее явное неблагополучие, несмотря на большое количество «предразводных» ситуаций в семье. 23% ЮМОА лечились у психиатра или психотерапевта (в группе контроля – 0), 13% - в течение последних 2-х лет (в группе контроля – 0); при этом 40% ЮМОА испытывали желание обратиться к психиатру (в группе контроля 18%), 27% - в течение последних 2-х лет (в группе контроля – 0). 37% ЮМОА отмечают, что в течение жизни хотя бы раз общались с суицидентом, 33% отметили, что их близкий родственник совершил суицид (соответствующие показатели в контрольной группе составили 2% и 7%). Данные показатели, в том числе, отличают ЮМОА от ЮОА и ЮМА, которые не имели подобного опыта, что в купе с другими признаками обуславливает их значительно более высокую аутоагрессивную активность.

В отношении спектра гипотимных чувств ЮМОА значительно отличаются от группы контроля. 47% из них испытывают долго переживаемое чувство стыда, 63% - моменты острого одиночества, 67% субъективно оценивают себя депрессивными, 53% длительно переживали чувство безысходности, а 40% испытывают долго переживаемое чувство вины. 33% ЮМОА отмечают, что в детстве их били родители, 67% ЮМОА стыдятся своего тела, 33% - утверждают, что в течение последних 2-х лет имеют «комплекс неполноценности». 43% из них отмечают, что не видят смысла в своем существовании. 50% ЮМОА склонны испытывать навязчивые угрызения совести, 70% - отмечают, что способны легко нарушить нормы морали и нравственности. 67% ЮМОА оценивают себя гетероагрессивными в течение последних 2-х лет, 70% - на протяжении жизни.

При изучении наркологических характеристик подгруппы ЮМОА были обнаружены статистически значимые отличия, представленные в таблице 3.4.4.

Таблица 3.4.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгруппы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Субъективная оценка себя как «злоупотребляющего алкоголем»	14/47%	7/12%	11,81	0,0006	0,15	[0,05; 0,44]	1
Выпиваю 100 – 200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в год	0/0	14/23%	6,61	0,0102	-	-	1
Выпиваю 100 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в месяц	1/3%	19/32%	7,72	0,0055	13,44	[1,65; 109,60]	1
Выпиваю 250 гр. алкоголя в пересчете на водку дважды в неделю	14/47%	3/5%	20,03	0,0000	0,06	[0,02; 0,24]	1
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	21/70%	12/20%	19,43	0,0000	0,11	[0,04; 0,30]	1
Чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорит о необходимости сократить употребление спиртных напитков	14/47%	6/10%	13,51	0,0002	0,13	[0,04; 0,39]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	21/70%	12/20%	21,53	0,0000	0,11	[0,04; 0,30]	1
Тест CAGE (сумма баллов в ответах)	2,07±0,28	0,8±1,12	t=-4,47	0,0000	---	----	88
***Выпиваю 200 гр. алкоголя в пересчете на водку 3-4 раза в мес.	9/30%	8/13%	3,63	0,0569	0,36	[0,12; 1,07]	1
*** желание принять спиртное, как только проснулся после имевшего места употребления алкогольных напитков	6/20%	4/7%	3,60	0,0578	0,29	[0,07; 1,13]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

При анализе данных таблицы 3.4.4 ЮМОА настораживает в плане формирования алкогольной зависимости. 47% ЮМОА считают, что злоупотребляют алкоголем. В отношении количества употребляемых спиртных напитков в пересчете на водку ЮМОА в 47% случаев предпочитает выпивать 250 гр. водки дважды в неделю. В отношении вопросов теста CAGE 70% ЮМОА отмечают, что испытывают ощущение того, что им не помешало бы сократить употребление спиртных напитков, 70% испытывают чувство вины, связанное с алкогольными эксцессами, 47% испытывают чувство раздражения, когда окружающие советуют им сократить употребление спиртных напитков. Это, в целом, делает рассматриваемую группу самой неблагополучной из всех рассмотренных подгрупп.

Перейдем к рассмотрению личностных характеристик ЮМОА в контексте их аутоагрессивного поведения, которые представлены в таблице 3.4.5.

Таблица 3.4.5 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ЮМОА n = 30 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,93±0,23	6,60±2,91	2,99	0,0037	88
Защитный психологический механизм «Реактивное образование»	1,77±0,29	2,90±2,09	2,61	0,0107	88
<b>Тест STAXI</b>					
Аутоагрессия (АХ/ІN)	15,3±0,56	13,32±3,72	-2,53	0,0133	88
<b>Тест MINI – MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	5,43±0,37	4,22±2,19	-2,55	0,0126	88
Шкала Mini – Mult Pa (паранойя)	6,27±0,43	2,93±1,76	-2,91	0,0046	88

При анализе данных таблицы 3.4.5 в отношении преобладающих ЗПМ, можно наблюдать повторяющуюся тенденцию, описанную нами ранее в таблицах 3.1.5, 3.2.5, 3.3.5, касающихся личностных характеристик юношей ВДА. У ЮМОА более высокий показатель аутоагрессии по данным теста STAXI.

По данным теста Mini – Mult ЮМОА отличаются от лиц контрольной группы по показателям таких шкал, как депрессия (D), паранойя (Pa). По данным этих



шкал ЮМОА в большей степени склонны к гипотимным чувствам, пессимистическому взгляду на жизнь, меланхолическому реагированию на стрессовые ситуации, а также к излишней подозрительности и склонности к формированию сверхценных идей. Сочетание их обуславливает общую дисфорию, подавленность, склонность к конфликтам и повышенную тревожность.

Кратко остановимся на обнаруженных в рассматриваемой подгруппе психических расстройствах. Данные представлены в таблице 3.4.6.

Таблица 3.4.6 – Представленность психических расстройств в подгруппе юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	8/27%	11/18%
Социальные фобии (F 40.1)	3/10%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	2/7%	--
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	3/10%	1/2%
Обсессивно-компульсивные расстройства (F 42.)	2/7%	--
Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)	1/0,7%	--

При анализе данных таблицы 3.4.6 обращает на себя внимание некоторое увеличение частоты ряда нозологий в подгруппе ЮМОА. Несмотря на то, что полученные отличия не достигают статистически значимой разницы, подобная тенденция настораживает в плане потенциального развития психической патологии невротического уровня в течение дальнейшей жизни у лиц исследуемой подгруппы.

Таким образом, анализируя серии сравнений выделенных нами подгрупп, можно предположить, что в группе ЮРА существует разделение подгрупп по степени аутоагрессивности. Если расположить исследуемые подгруппы в порядке возрастания суицидальности и уменьшения степени протективных механизмов, получится следующее: ЮМА → ЮОА → ЮМОА. При этом наибольшее число из ЮРА, совершивших суицидальную попытку, в количественном отношении составляют ЮОА. Эти данные представлены на рисунке 1.

В отношении показателя КПСН подгруппы ЮМА и ЮОА статистически не отличаются друг от друга, но только в подгруппе ЮМОА данный показатель пре-

вышает единицу. Нами было убедительно продемонстрировано, что набор несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения наиболее широк в подгруппах ЮМОА и ЮОА. Типичными личностными характеристиками, как и для общей группы ЮРА, так и для исследуемых подгрупп явились сниженные функциональные возможности таких протективных психических механизмов, как «Реактивное образование» и «Отрицание», при этом их личностные черты акцентуированы в сторону гипотимного и паранойяльного спектра реагирования на происходящее, что, возможно, обусловлено условиями семьи, в которой они воспитывались.

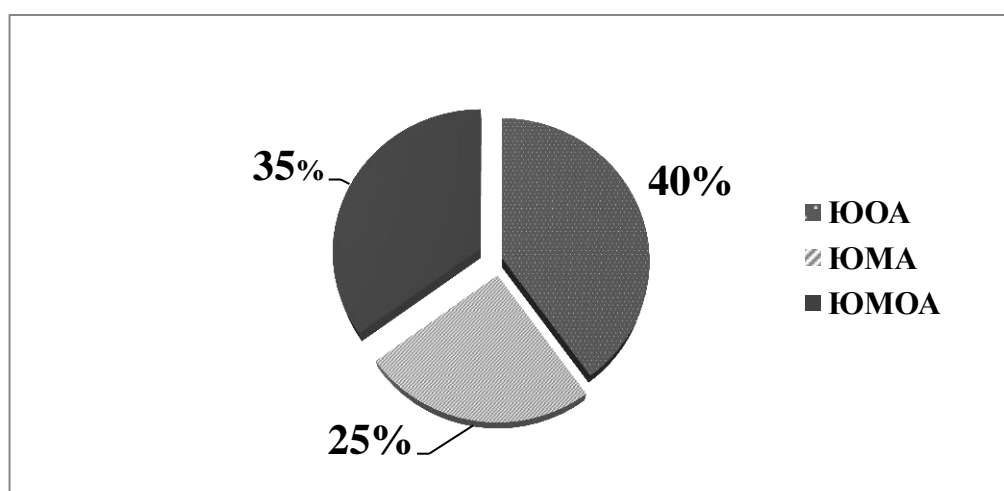


Рисунок 1 – Представленность долей юношей ВДА, совершивших суицидальную попытку, в общей группе

Анализируя полученные результаты, можно с уверенностью говорить, о том, что для аутоагрессивного поведения имеет значение не только пол родителя, но и пол ребенка. Поведение ЮОА отражает поло-ролевую модель, «выученную» ими у отца, страдающего алкогольной зависимостью. При этом алкогольная зависимость матери, несмотря на разрушительное влияние, которое она оказывает на ребенка, «сглаживает» проявления классической суицидальной активности на текущий момент, но при этом спектр обнаруживаемых аутоагрессивных паттернов у ЮМА меньше, чем в подгруппах ЮОА и ЮМОА. В случаях, когда оба родителя страдают алкогольной зависимостью, их суммарное негативное воздействие,

жизнь в условиях постоянной психотравмирующей, стрессовой обстановки приводит к нивелированию влияния половой принадлежности родителя.

Перейдем к сравнению юношеских подгрупп между собой.

### 3.5 Сравнение суицидологических характеристик подгрупп юношей из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью

В отношении суицидальных паттернов поведения между подгруппами ЮМА и ЮОА статистически достоверных отличий обнаружено не было. При этом в отношении наличия суицидальной попытки за последние 2 года ЮОА опережают ЮМА (7% и 3% соответственно). Противоположная картина наблюдается при рассмотрении показателя наличие суицидальной попытки в анамнезе: она регистрируется 18% ЮОА и 25% ЮМА. В отношении суицидальных мыслей в течение последних 2-х лет и суицидальных мыслей в анамнезе показатели в подгруппе ЮМА составили 16% и 28% соответственно, в подгруппе ЮОА – 23% и 36% соответственно.

Перейдем к рассмотрению представленности несуйцидальных аутоагрессивных феноменов в подгруппах ЮМА и ЮОА, представленных в таблице 3.5.1.

Таблица 3.5.1 – Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов между ЮМА и ЮОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮОА n = 74 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
***Несуйцидальное самоповреждающее поведение в последние 2 года	2/25%	9/12%	3,00	0,0834	0,40	[0,14; 1,17]	1
***неоднократный незащищенный секс	0	8/11%	3,63	0,0568	-	-	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

Обследованные лица в подгруппах ЮМА и ЮОА не имеют в отношении рассматриваемых параметров статистически значимых отличий. Однако ЮМА несколько более склонны к нанесению себе самоповреждений с несуйцидальной целью. В отличие от ЮМА, респонденты ЮОА склонны к незащищенным поло-

вым связям с малознакомыми партнерами (в подавляющем большинстве случаев сопряженными с собственным алкогольным опьянением). Отметим некоторую особенность, связанную с половой принадлежностью, – склонность у молодых людей, имеющих отца, страдающего алкогольной зависимостью, к опасному сексуальному поведению и причинение себе боли и нанесение повреждений у юношей, воспитанных матерью, страдающей алкогольной зависимостью. Несмотря на отсутствие статистически значимой разницы, данные «траектории» [60, 63, 83, 119] заслуживают внимания.

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппах ЮМА и ЮОА. Обнаруженные отличия приведены в таблице 3.5.2.

Таблица 3.5.2 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ЮМА и ЮОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮОА n = 74 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Длительно переживаемое чувство вины последние 2 года	12/38%	13/18%	5,38	0,0203	0,34	[0,13; 0,87]	1
Длительно переживаемое чувство стыда ранее	14/44%	27/36%	5,17	0,0230	0,36	[0,15; 0,89]	1
Длительно переживаемое чувство вины ранее в анамнезе	12/38%	15/20%	3,89	0,0486	0,40	[0,16; 1,02]	1
Наличие веры в Бога	14/44%	52/70%	5,90	0,0151	2,87	[1,20; 6,90]	1
Способность легко представить свои похороны и горе родственников	20/63%	31/42%	4,48	0,0344	0,40	[0,16; 0,95]	1

Характерно, что ЮМА более склонны к формированию гипотимического комплекса эмоций: длительно переживаемых чувств стыда и вины, легко способны представить собственные похороны и горе родственников, в значительно большей степени относят себя к неверующим людям. Отметим, что данные отличия касаются большинства признаков, которые отличают исследуемые подгруппы от базового контроля. То есть ЮМА в отношении их располагаются в логичном континууме в сторону учащения выявления признака: контрольная группа →

ЮОА → ЮМА, что мы представляем весьма примечательным в отношении влияния пола зависимых от алкоголя родителей.

Далее рассмотрим основные статически значимые отличия в отношении наркологических характеристик в подгруппах ЮМА и ЮОА, что нашло отражение в таблице 3.5.3.

Таблица 3.5.3 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик между ЮМА и ЮОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Злоупотребление алкоголем в течение последних 2-х лет	2/6%	17/23%	4,02	0,0449	4,32	[0,92; 20,41]	1
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	3/9%	22/30%	4,84	0,0278	3,95	[1,07; 14,60]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	3/9%	31/42%	10,35	0,0013	6,73	[1,85; 24,55]	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,29±0,16	1,01±0,15	t=2,85	0,0054	----	----	103

В отношении наркологических характеристик ЮОА несколько неблагоприятнее ЮМА. 23% ЮОА считают себя злоупотребляющими алкоголем в течение последних 2-х лет, среди ЮМА таких 6%. 30% ЮОА убеждены в необходимости сокращения употребления спиртных напитков, 42% испытывают чувство вины, связанное с употреблением алкоголя (среди ЮМА данные показатели составили 9% и 9% соответственно). Данный факт настораживает в отношении начавшейся формироваться алкогольной зависимости у лиц из подгруппы ЮОА, возможно, как поло-ролевой модели поведения, перенятой у отца, страдающего алкогольной аддикцией. Подчеркнем, что отличия имеют существенный диапазон (3-4 раза). Можно предположить, что вид пьющей матери, как явления более социально неприемлемого, одиозного и травмирующего, вызывает у молодых людей, воспитанных в подобных семьях, больший аверсивный стимул, в отличие от «социально приемлемого» поведения отца, зависимого от алкоголя.

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий в отношении личностных характеристик респондентов ЮМА и ЮОА, представленных в таблице 3.5.4.

Таблица 3.5.4 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, между ЮМА и ЮОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	t	p	df
Тест Плутчека-Келлермана-Конте					
Защитный психологический механизм «Интеллектуализация»	7,00±0,34	6,08±0,26	-1,99	0,0496	103

Преимущественное использование «интеллектуализации» ЮМА вполне объяснимы. Воспитание в условиях жизни с матерью, страдающей алкогольной зависимостью, в условиях невозможности отрицать и вытеснять этот ежедневный опыт, стимулирует к созданию совершенно необходимых объяснений любому поведению матери (оправдыванию ее поступков и выпивок). Это еще один надежный путь бегства от собственных эмоций в мир абстракций и ложных представлений, сохраняемый во взрослой жизни.

Перейдем к анализу статистически значимых отличий в отношении суицидальных паттернов между подгруппами ЮОА и ЮМОА. Обнаруженные нами отличия представлены в таблице 3.5.5.

Таблица 3.5.5 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ЮОА и ЮМОА

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в анамнезе	13/18%	11/37%	4,39	0,0362	0,37	[0,14; 0,97]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	27/36%	22/73%	11,63	0,0006	0,21	[0,08; 0,54]	1
КПСН	0,65±0,06	1,11±0,10	t=-3,92	0,0002	---	----	102
КПСН последние 2 года	0,24±0,02	0,34±0,04	t=-2,20	0,0299	---	----	102

Данные таблицы демонстрируют повышенную аутоагрессивность ЮМОА по сравнению с ЮОА. Очень большое их количество (37% ЮМОА) имеют суицидальную попытку в анамнезе, в отличие от ЮОА (18%), которых тоже сложно назвать близкой к нормативным показателям подгруппой (в контрольной группе данный показатель равнялся 5%).  $\frac{3}{4}$  всех ЮМОА отмечают, что когда-либо испытывали суицидальные мысли. Среди ЮОА данный показатель составил 36%. Также в подгруппе ЮМОА заметно выше интегральный показатель КПСН и КПСН за последние 2 года. Все это делает подгруппу ЮМОА лидирующей в сравнении с наиболее распространенной в популяции ЮРА подгруппой ЮОА, выводя ее в наиболее суицидальный срез исследуемой популяции.

Рассмотрим статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения в подгруппах ЮОА и ЮМОА. Данные приведены в таблице 3.5.6.

Таблица 3.5.6 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов между ЮОА и ЮМОА

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несуйцидальное самоповреждающее поведение последние 2 года	9/12%	9/30%	4,75	0,0294	0,32	[0,11; 0,93]	1
Несуйцидальное самоповреждающее поведение ранее в анамнезе	18/24%	14/47%	5,00	0,0253	0,37	[0,15; 0,91]	1
Склонность к неоправданному риску	21/28%	15/50%	4,41	0,0358	0,40	[0,16; 0,96]	1
Обморожение в анамнезе	9/12%	10/33%	6,41	0,0114	0,28	[0,10; 0,79]	1
Термическая патология (ожоги) в анамнезе	11/15%	10/33%	4,52	0,0335	0,35	[0,13; 0,95]	1
Наличие судимости	1/1%	3/10%	4,32	0,0377	0,12	[0,01; 1,27]	1
Незащищенный секс с малознакомыми партнерами	8/11%	12/40%	11,71	0,0006	0,18	[0,06; 0,52]	1
Наличие татуировок	2/3%	13/43%	28,55	0,0000	0,04	[0,01; 0,18]	1

Так же, как и в предыдущей таблице, видно, что ЮМОА имеют значительное количество отличий от ЮОА, неблагоприятно характеризующих их. Мы видим гораздо более частое нанесение себе несуицидальных самоповреждений, частую термическую патологию, рискованное поведение, сопряженное с различными сексуальными эксцессами и судимостями. При расспросе по поводу опасности незащищенных половых контактов, в ответах звучит фатализм (был пьяный, будет, что будет), вписывающийся в идеи параалкогольного самонаказания, описанного ранее [61].

Теперь рассмотрим статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппах ЮОА и ЮМОА, представленные в таблице 3.5.7.

Таблица 3.5.7 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ЮОА и ЮМОА

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Лечился у психиатра в последние 2 года	2/3%	4/13%	4,44	0,0352	0,18	[0,03; 1,07]	1
Лечился у психиатра ранее в анамнезе	6/8%	7/23%	4,52	0,0334	0,44	[0,12; 1,60]	1
Суицид близкого родственника	10/14%	10/33%	5,40	0,0202	0,31	[0,11; 0,87]	1
Общение с суицидентом в последние 2 года	5/7%	11/37%	14,6 7	0,0001	0,13	[0,04; 0,41]	1
Общение с суицидентом ранее в анамнезе	10/14%	11/37%	7,10	0,0077	0,27	[0,10; 0,74]	1
Чувство стыда в анамнезе	17/23%	14/47%	5,73	0,0167	0,34	[0,14; 0,85]	1
Субъективное чувство депрессии в последние 2 года	33/45%	20/67%	4,16	0,0414	0,40	[0,16; 0,99]	1
Легко представляю свои похороны и горе родственников	31/42%	23/77%	10,3 4	0,0013	0,22	[0,08; 0,58]	1
Навязчивые угрызания совести в анамнезе	20/27%	15/50%	5,05	0,0247	0,37	[0,15; 0,90]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) в последние 2 года	32/43%	20/67%	4,68	0,0304	0,38	[0,15; 0,94]	1
Склонен в собственных ошибках обвинять других	26/35%	21/70%	10,4 8	0,0012	0,23	[0,09; 0,59]	1
***Не вижу смысла в своём существовании	12/16%	10/33%	3,75	0,0528	0,39	[0,14; 1,04]	1



Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

Обращает на себя внимание то, что 33% ЮМОА сообщили, что близкий родственник покончил жизнь самоубийством (ЮОА – 14%), 37% ЮМОА общались с суицидентом. 23% ЮМОА лечились у психиатра, 13% - в течение последних 2-х лет, в то время как среди ЮОА эти данные составили 8% и 3% соответственно. Комплекс эмоций гипотимного спектра в группе ЮМОА представлен в виде субъективного чувства депрессии на протяжении последних 2-х лет (67%), долго переживаемого чувства стыда (47%), угрызений совести (50%). ЮМОА с легкостью визуализируют свою смерть и похороны, треть – не видит никакого смысла в своем существовании, что логично согласуется с данными, приведенными ранее в отношении суицидальных паттернов ЮМОА.

Еще раз напомним, что в отношении исследованных параметров группы понятным образом располагаются в направлении увеличения признака: контрольная группа → ЮОА → ЮМОА.

В отношении личностных характеристик среди отличающих подгруппы ЮМОА и ЮОА нами не было обнаружено статистически значимых отличий.

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий в отношении наркологических характеристик в подгруппах ЮОА и ЮМОА (таблица 3.5.8).

Таблица 3.5.8 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгрупп ЮОА и ЮМОА

Признак	ЮОА n = 74 Абс./отн. M±m	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	22/30%	21/70%	14,27	0,0002	0,18	[0,07; 0,46]	1
Чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	16/22%	14/47%	6,52	0,0107	0,32	[0,13; 0,79]	1

Продолжение таблицы 3.5.8							
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	31/42%	21/70%	6,75	0,0094	0,31	[0,12; 0,77]	1
Тест CAGE (сумма баллов)	1,01±0,15	2,07±0,28	t=-3,58	0,0005	---	----	102
***желание принять спиртное, на утро после алкогольного эксцесса	6/8%	6/20%	2,96	0,0855	0,35	[0,10; 1,22]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

В отношении наркологических характеристик ЮМОА опережают ЮОА, в некоторых показателях почти в 10 раз. 47% ЮМОА выпивают 250 гр. водки дважды в неделю, 70% из них считают, что им следовало бы сократить употребление спиртных напитков, 47% испытывают раздражение, если кто-либо из окружающих указывает им на необходимость сократить употребление алкоголя, 70% испытывают вину, связанную с употреблением алкоголя.

Так же ЮМОА имеют существенно больший суммарный балл по тесту CAGE. 20% ЮМОА указали, что испытывают желание принять спиртное при пробуждении после произошедшего накануне алкогольного эксцесса, в подгруппе ЮОА данный показатель составил только 8% ( $p > 0,05$ ). Напомним, что и это значение намного превышает аналогичное в группе контроля.

Теперь перейдем к сравнению подгрупп ЮМА с ЮМОА. Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ЮМА и ЮМОА отражены в таблице 3.5.9.

Таблица 3.5.9 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ЮМА и ЮМОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн. M±m	ЮМОА n = 30 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Суицидальные мысли в анамнезе	9/28%	22/73%	11,97	0,0005	0,15	[0,05; 0,47]	1
КПСН	0,69±0,10	1,11±0,10	t=-2,84	0,0062	---	----	59
КПСН за последние 2 года	0,23±0,03	0,34±0,04	t=-2,18	0,0333	---	----	59

В отношении классических суицидальных паттернов подгруппа ЮМОА, так же, как и в предыдущей серии сравнений с ЮОА, демонстрирует ряд негативных моментов по сравнению с ЮМА. 73% ЮМОА испытывали суицидальные мысли, в то время как среди ЮМА – 28%, что скорее, вполне сопоставимо с аналогичными данными у ЮОА. По интегральным показателям КПСН и КПСН за последние 2 года ЮМОА существенно опережают ЮМА. В отношении же суицидальных попыток статистически достоверной разницы между данными подгруппами респондентов нет. Что «размещает» изучаемые подгруппы в их отношении в следующем порядке: ЮМА → ЮОА → ЮМОА (в сторону возрастания значения критерия).

Перейдем к статистически значимым отличиям в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в подгруппах ЮМА и ЮМОА, что отражено в таблице 3.5.10.

Таблица 3.5.10 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов между ЮМА и ЮМОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Незащищенный секс с мало-знакомыми партнерами	0	12/40%	15,44	0,0001	-	-	1
Наличие татуировок	4/13%	13/43%	7,02	0,0081	0,19	[0,05; 0,71]	1

Сразу подчеркнем существенно меньшее количество значимых отличий, нежели в аналогичной серии между ЮОА и ЮМОА, что говорит в пользу большей близости ЮМА, к молодым людям, имеющим двух родителей, страдающих алкогольной зависимостью.

Теперь рассмотрим статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между подгруппами ЮМА и ЮМОА (данные представлены в таблице 3.5.11).

Изучение полученных отличий (в сравнении с серией ЮОА и ЮМОА в таблице 3.5.8) демонстрирует большее сходство подгрупп ЮМА и ЮМОА (го-

раздо меньшее количество статистически достоверных отличий), располагающее группу ЮМА по представленности изучаемых параметров между ЮОА и ЮМОА, что на наш взгляд весьма примечательно и показательно в отношении влияния числа и пола родителя (лей) с алкогольной зависимостью.

Таблица 3.5.11 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ЮМА и ЮМОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Лечился у психиатра	1/3%	7/23%	5,41	0,0200	0,11	[0,01; 1,00]	1
Общение с суицидентом в анамнезе	3/9%	11/37%	6,28	0,0122	0,19	[0,04; 0,77]	1
Трагическая смерть родственника	2/6%	8/27%	4,55	0,0330	0,19	[0,04; 1,02]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) в последние 2 года	10/31%	20/67%	7,22	0,0072	0,24	[0,08; 0,71]	1

Перейдем к сравнению основных статистически значимых отличий в отношении наркологических характеристик между ЮМА и ЮМОА. Данные отражены в таблице 3.5.12.

Таблица 3.5.12 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик между ЮМА и ЮМОА

Признак	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Злоупотребление алкоголем в анамнезе (субъективная оценка)	6/19%	14/47%	5,16	0,0231	0,27	[0,09; 0,88]	1
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	3/9%	21/70%	23,25	0,0000	0,05	[0,01; 0,20]	1
Чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	3/9%	14/47%	10,38	0,0013	0,12	[0,03; 0,51]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	3/9%	21/70%	23,25	0,0000	0,05	[0,01; 0,20]	1

Продолжение таблицы 3.5.12							
Желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков	0	6/20%	6,88	0,0087	-	-	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,29±0,16	2,07±0,28	t=-5,55	0,0000	---	----	59

Анализ таблицы показывает ее практическую идентичность с данными, полученными в серии сравнений ЮОА и ЮМОА. Отметим лишь тот факт, что в данном случае отличий больше, что говорит в пользу чуть большей «доброкачественности» ЮМА в сравнении как с ЮОА, так и ЮМОА (см. таблицу 3.5.7). Отметим, что нами не было обнаружено статистически значимых отличий личностных характеристик ЮМОА и ЮМА в контексте их аутоагрессивного поведения.

Таким образом, проведенные серии сравнений убедительно демонстрируют некое разделение общей группы ЮРА в отношении суицидологических характеристик, продемонстрированное результатами исследования, что зависит от влияния пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью, а также – пола ребенка.

Следующим этапом исследования являлась оценка суицидологических характеристик в группе девушек ВДА.

### **3.6 Суицидологические характеристики девушек из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью**

Рассмотрим представленность суицидальных паттернов поведения в группе девушек, имеющих хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью (ДРА), приведенных в таблице 3.6.1.

27% девушек ВДА имели суицидальные мысли в последние 2 года, 32% отмечали суицидальные мысли ранее (соответствующие цифры среди лиц группы контроля составили 12% и 18% соответственно).

Таблица 3.6.1 - Статистически значимые отличия суицидальных паттернов поведения в группе девушек, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n = 124 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	34/27%	7/12%	5,79	0,0161	2,86	[1,18; 6,95]	1
Суицидальные мысли ранее	40/32%	11/18%	3,91	0,0479	2,12	[0,99; 4,54]	1

Отметим, что в отношении суицидальных попыток, как за последние 2 года (7% ДРА, 3% контроль), так и ранее (13% ДРА и 5% контроль) девушки из групп ДРА и контроля статистически значимо не отличались, в отличие от ЮРА, что может указывать на большее благополучие девушек ВДА в отношении классической аутоагрессии по сравнению с юношами ВДА, что, безусловно, нуждается в дальнейшем изучении.

Перейдем к сравнению статистически значимых отличий в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения в группах ДРА и группы контроля, что отражено в таблице 3.6.2.

Таблица 3.6.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов группы девушек, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n = 124 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
ЧМТ в анамнезе	9/7%	0	4,58	0,0324	-	-	1
Рискованное поведение в анамнезе	30/24%	5/8%	6,60	0,0102	3,51	[1,28; 9,65]	1
Наличие хронических заболеваний в анамнезе	71/57%	23/38%	5,80	0,0161	2,16	[1,14; 4,07]	1

Из таблицы следует, что полученные данные, в целом, сочетаются с похожими у ЮРА (таблица 3.1.2).

Не может не обращать на себя внимание повышенное количество хронических заболеваний, у более, чем половины испытуемых - числом больше трех. 7%

девушек имеют ЧМТ в анамнезе, в то время как среди девушек группы контроля данный показатель равен нулю. В три раза большее число ДРА, по сравнению с группой контроля, склонны к рискованному поведению (24% и 8% соответственно).

Несмотря на то, что данные отраженные в таблице 3.6.2 логично дополняют таковые таблицы 3.1.2, можно констатировать, что группа ЮРА имеют больше статистически значимых отличий в отношении аутоагрессивных паттернов и их предикторов, нежели представительницы группы ДРА (в отношении как классических, так и неклассических аутоагрессивных паттернов поведения).

При анализе представленности предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемой группе обращает на себя внимание целый ряд отличий, приведенных в таблице 3.6.3.

Таблица 3.6.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы девушек, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n = 124 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Долго переживаемое чувство вины последние 2 года	45/36%	12/20%	5,02	0,0251	2,28	[1,09; 4,76]	1
Долго переживаемое чувство вины ранее в анамнезе	55/44%	17/28%	4,36	0,0369	2,02	[1,03; 3,94]	1
Моменты остро переживаемого одиночества последние 2 года	44/35%	10/17%	6,91	0,0086	2,75	[1,26; 5,99]	1
Моменты остро переживаемого одиночества ранее в анамнезе	64/52%	21/35%	4,49	0,0341	1,98	[1,04; 3,76]	1
Субъективное ощущение депрессии последние 2 года	68/55%	20/33%	7,49	0,0062	2,43	[1,27; 4,64]	1
Субъективное ощущение депрессии ранее в анамнезе	72/58%	23/38%	6,30	0,0121	2,23	[1,18; 4,21]	1
Убежденность в том, что грешники попадают в Ад	67/54%	43/72%	5,23	0,0222	0,46	[0,24; 0,91]	1
Убежденность в собственной праведности	36/29%	28/47%	5,54	0,0186	0,47	[0,25; 0,89]	1
Желание обратиться к психотерапевту в течение последних 2-х лет	31/25%	7/12%	4,39	0,0362	2,52	[1,03; 6,17]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) последние 2 года	51/41%	13/22%	6,75	0,0094	2,53	[1,24; 5,17]	1

Продолжение таблицы 3.6.3							
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) ранее в анамнезе	52/42%	15/25%	5,01	0,0252	2,17	[1,09; 4,32]	1
Склонность «держат все свои переживания в себе»	67/54%	19/32%	8,13	0,0044	2,54	[1,32; 4,88]	1

Из данных таблицы 3.6.3 следует, что предикторы аутоагрессии, как и в группе ЮРА (см. таблицу 3.1.3), представлены спектром гипотимических чувств, таких как чувство вины в анамнезе (44% ДРА; 28% группа контроля), моментами одиночества в анамнезе (52% ДРА; 35% группа контроля), субъективным чувством депрессии (58% ДРА; 38% группа контроля). 25% респонденток ДРА испытывают желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет, 42% охарактеризовали себя избыточно агрессивными. Более половины ДРА склонны держать свои негативные переживания «в себе». В группе контроля соответствующие показатели составили 12%, 25%, 58%, 32%.

При беглом сравнительном анализе результатов ДРА и ЮРА в отношении предикторов аутоагрессивного поведения, обращает на себя внимание большее разнообразие изучаемых параметров в группе ЮРА: большая выраженность у них спектра различных гипотимных эмоций, общение с суицидентами и искаженное восприятие своего тела. Данное отличие может указывать на особенности полового формирования, а также указывает на большую аутоагрессивность именно группы ЮРА.

В отношении наркологических характеристик ДРА представляют собой достаточно специфическую группу. Полученные данные представлены в таблице 3.6.4.

18% ДРА оценивают себя, как злоупотребляющих алкоголем, в то время как в группе контроля данная цифра в 2,5 раза ниже – 7%. Среди ДРА 17% сообщили, что испытывают ощущение того, что им следует сократить употребление спиртных напитков, 23% ДРА испытывают чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков (соответствующие показатели в контрольной группе составили 5% и 3% соответственно).



Таблица 3.6.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических признаков группы девушек, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n = 124 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Субъективная оценка себя как «злоупотребляющей алкоголем»	22/18%	4/7%	4,09	0,0432	3,02	[0,98; 9,28]	1
Возникновение ощущения того, что следует сократить употребление спиртных напитков	21/17%	3/5%	5,08	0,0242	3,87	[1,10; 13,69]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	29/23%	2/3%	11,61	0,0007	8,85	[2,02; 38,96]	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,55±0,078	0,15±0,078	t=3,23	0,0015	---	----	181
Выпиваю 200 гр. алкоголя (в пересчете на водку) 3-4 раза в месяц***	11/9%	1/2%	3,44	0,0636	5,74	[0,71; 46,31]	1

Примечание: \*\*\* - статистически недостоверный признак, тем не менее, демонстрирующий количественное отличие признака в группах

В целом, лица исследуемой группы, как по данным теста CAGE, так и в совокупности иных полученных данных настораживают в отношении систематического употребления спиртных напитков.

Отметим, что 9% девушек исследуемой группы отметили, что выпивают около 200 гр. алкоголя в пересчете на водку до 4-х раз в месяц, в контрольной группе данный показатель составил 2%. Несмотря на то, что данный показатель не является статистически достоверным ( $p = 0,0636$ ), тем не менее, он демонстрирует общую разницу и тенденцию к употреблению большего количества спиртного в группе ДРА.

Перейдем к рассмотрению наиболее значимых для суицидологической практики личностных характеристик исследуемых групп. Данные приведены в таблице 3.6.5.

ДРА, как и в случае с ЮРА, в меньшей степени используют ЗПМ «Отрицание», что не позволяет им уйти от проблемы, просто «не замечая» ее. Данный

факт усиливает давление обстоятельств на девушек исследуемой группы. Девушки из группы ДРА более агрессивны, чем девушки из группы контроля (STAXI).

Таблица 3.6.5 - Основные статистически значимые отличия личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы девушек, родители (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДРА n = 124 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
Тест Плутчека-Келлермана-Конте					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	5,03±0,24	6,17±0,42	-2,52	0,0126	182
Тест STAXI					
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	5,31±0,15	4,68±0,24	2,25	0,0255	182
Тест MINI - MULT					
Шкала Mini – Mult Pd (психопатии)	6,621±0,23	5,8±0,31	2,09	0,0379	182
Шкала Mini – Mult Ma (гипомания)	5,57±0,22	4,6±0,28	2,67	0,0083	182

Сочетание шкал Pd и Ma, обнаруживаемое у ДРА, скорее, говорит в пользу их склонности к авантурным, зачастую рискованным модусам поведения, к возможности гротескных и импульсивных реакций, что в контексте клинической суицидологии, является весьма настораживающей комбинацией, которая демонстрирует обладателя обществу милым, открытым, разговорчивым и дружелюбным, что в дальнейшем оборачивается поверхностностью, безответственностью, стремлением переложить свои дела на других, праздному образу жизни и слабому контролю собственных импульсов и желаний.

Остановимся на психических расстройствах, обнаруженных в рассматриваемой группе, что отражено в таблице 3.6.6.

В отношении наличия психических расстройств группы ДРА и контроля статистически значимо не отличаются между собой. И, несмотря на то, что группа ДРА демонстрирует большой спектр аутоагрессивных характеристик и их предикторов, их наличие заметно не связано с изменениями в их психическом статусе.

Таблица 3.6.6 – Представленность психических расстройств в группе девушек, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ДРА n= 124 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	33/27%	15/25%
Социальные фобии (F 40.1)	5/4%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	7/6%	1/2%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	7/6%	3/5%

Перейдем к анализу суицидологических характеристик в подгруппе девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

### **3.7 Суицидологические характеристики девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью**

Рассмотрим суицидологические характеристики ДРА, которые были разбиты на подгруппы, согласно пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью.

В отношении суицидальных паттернов поведения статистически достоверных отличий обнаружено не было. Однако, отметим, что ДОА в 7% случаев имели суицидальную попытку в анамнезе, девушки группы контроля – в 5%, в отношении суицидальных мыслей показатели составили соответственно среди ДОА – 35%, среди контроля – 20%. Отметим, что в общей группе девушек ВДА имеются достоверные отличия по присутствию у них суицидальных мыслей, чего мы не наблюдаем в этой серии сравнений.

Ниже в таблице 3.7.1 представлены обнаруженные в результате исследования статистически значимые отличия в отношении несуйцидальной аутоагрессии в подгруппе ДОА, а также девушек группы контроля.

В отношении несуйцидальных паттернов аутоагрессии видно, что ДОА отличаются от девушек группы контроля лишь повышенной склонностью к неоправданному риску (23% и 8% соответственно). В отношении остальных паттер-

нов неклассической аутоагрессии достоверных отличий обнаружено не было, в отличие от серии сравнений ДРА (консолидированная группа девушек ВДА) и контроля.

Таблица 3.7.1 - Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов подгруппы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОО n = 60 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Склонность к неоправданному риску в анамнезе	14/23%	5/8%	5,07	0,0244	3,35	[1,11; 10,12]	1

В таблице 3.7.2 представлены основные статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ДОО.

Таблица 3.7.2 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения подгруппы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОО n = 60 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Моменты остро переживаемого одиночества последние 2 года	22/37%	10/17%	6,14	0,0132	2,89	[1,22; 6,90]	1
Легко делюсь своими переживаниями с другими людьми	23/38%	35/58%	4,81	0,0284	0,44	[0,21; 0,93]	1
Виню себя во всех неудачах	47/78%	36/60%	4,73	0,0297	2,41	[1,07; 5,43]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) последние 2 года	23/38%	13/22%	3,97	0,0464	2,25	[1,00; 5,07]	1

ДОО в отличие от девушек из группы контроля в течение последних двух лет склонны к переживанию моментов острого одиночества, выраженной гетероагрессии, а также склонности к самообвинению, в то время, как, поделиться своими проблемами для них представляется тяжелой задачей. Как и в случае с несуицидальной аутоагрессией, показатели предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ДОО значительно более низкие в отличие от серии сравнений ДРА и

группы контроля. Подобная разница убедительно демонстрирует важность учета пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью и пола ВДА.

В отношении наркологических характеристик в подгруппе ДОА нами было обнаружено всего одно отличие, которое отражено в таблице 3.7.3.

Таблица 3.7.3 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических признаков подгруппы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОА n = 60 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Испытываю чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	10/17%	2/3%	4,54	0,0332	5,80	[1,19; 28,24]	1

ДОА отличаются от группы контроля лишь в отношении чувства вины, которое испытывают первые в отношении алкогольного эксцесса. В отношении целого ряда других использованных в исследовании наркологических характеристик – эти группы относительно однородны. Таким образом, и в этом отношении рассматриваемая подгруппа, скорее похожа на группу контроля (в гораздо меньшей степени отличается от нее в отличие от общей группы ДРА).

Перейдем к рассмотрению данных таблицы 3.7.4, в которой отражены личностные характеристики девушек ДОА и контроля, значимые в суицидологическом плане.

При анализе отличий личностных характеристик групп ДОА и контроля, видно, что ДОА, как и в случае с подгруппами юношей ВДА, в меньшей степени используют ЗПМ «Отрицание», что не позволяет им игнорировать проблему, или попытаться увидеть положительные стороны того положения, в котором они находятся. По данным теста STAXI ДОА отличаются большей агрессивностью, так как именно агрессия является составной частью их темперамента. Согласно теста Mini – Mult, ДОА склонны к гипертимному типу личностного реагирования на складывающиеся в их жизни ситуации. Это, возможно, позволяет им легче воспринимать негативные явления, обесценивая их.

Таблица 3.7.4 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДОО n = 60 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
Тест Плутчека-Келлермана-Конте					
Защитный психологический механизм «Отрицание»	4,9 ± 0,35	6,17 ± 0,41	-2,32	0,0219	118
Тест STAXI					
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	5,45 ± 0,198	1,84 ± 0,031	2,48	0,0145	118
Тест MINI – MULT					
Шкала Mini – Mult Ма (гипомания)	5,47 ± 0,26	4,6 ± 0,27	2,29	0,0238	118

Данная серия сравнений демонстрирует нам группу ДОО как наиболее благополучную в отношении аутоагрессивных показателей, в меньшей степени отличающуюся от группы контроля. Отличие ДОО от девушек из неалкогольных семей, возможно, обусловлены той незначительной ролью в воспитании девочек, которая отводится в русской традиции воспитания отцам, а также - их естественной реакцией на стрессовую ситуацию жизни с алкогольным родителем. Так или иначе, отец, страдающий алкогольной зависимостью, не оказывает выраженного влияния на суицидологические характеристики дочерей.

Перейдем к анализу представленности психических расстройств в исследуемой подгруппе, что нашло отражение в таблице 3.7.5.

Таблица 3.7.5 – Представленность психических расстройств в подгруппе девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ДОО n = 60 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	13/22%	15/25%
Социальные фобии (F 40.1)	--	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	2/3%	1/2%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	1/2%	3/5%

При анализе таблицы 3.7.5 видно отсутствие статистически значимой разницы между исследуемой подгруппой и группой контроля.

Рассмотрим аутоагрессивные характеристики девушек, у которых матери страдают алкогольной зависимостью.

### **3.8 Суицидологические характеристики девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью**

Рассмотрим аутоагрессивные показатели девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью, в сравнении с девушками группы контроля.

В отношении таких показателей, как суицидальные мысли и суицидальные попытки в анамнезе и за последние 2 года, статистически значимых отличий среди ДМА и группой контроля обнаружено не было, как и в случае с ДОА. ДМА отмечали суицидальные мысли в сопоставимых с контрольной группой границах (23% и 20% соответственно). Суицидальные попытки встречались в два раза чаще у ДМА, но не достигали статистически значимой разницы (10% и 5% соответственно).

В таблице 3.8.1 продемонстрированы основные статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения в группе ДМА и девушек группы контроля.

Таблица 3.8.1 - Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в подгруппе девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Наличие ЧМТ в анамнезе	3/10%	0	6,21	0,0127	-	-	1

Подгруппа ДМА отличается лишь по одному интересующему нас «индикатору» - наличию ЧМТ в анамнезе, что делает исследуемую подгруппу максимально приближенной к нормативным показателям группы контроля.

В таблице 3.8.2 рассмотрены предикторы аутоагрессии в подгруппе ДМА. Таблица 3.8.2 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения подгруппы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Наличие страха смерти	14/47%	41/68%	3,95	0,0469	2,47	[0,99; 6,15]	1
Убежденность в том, что грешники попадают в ад	15/50%	42/72%	4,10	0,0430	2,53	[1,01; 6,37]	1
Желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет	11/37%	7/12%	7,81	0,0052	0,23	[0,08; 0,68]	1
Склонность держать свои переживания «в себе»	16/53%	19/32%	3,95	0,0469	0,41	[0,16; 1,01]	1

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий в отношении наркологических признаков в подгруппе ДМА. Данные представлены в таблице 3.8.3.

Таблица 3.8.3 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгруппы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Выпиваю 200 гр. алкоголя в пересчете на водку 3-4 р/мес.	5/17%	1/2%	7,23	0,0072	0,08	[0,01; 0,79]	1
Испытываю ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	6/20%	3/5%	5,00	0,0254	0,21	[0,05; 0,93]	1
Испытываю чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	6/20%	2/3%	6,86	0,0088	0,14	[0,03; 0,75]	1
Испытываю желание принять спиртное на утро после имевшего места употребления алкогольных напитков	2/7%	0	4,09	0,0431	-	-	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,57 ± 0,177	0,15 ± 0,08	t=2,50	0,0144	---	----	88



При анализе таблицы обращает на себя внимание, что в исследуемой подгруппе ниже значение таких антисуицидальных факторов как страх смерти и убежденность в том, что грешники попадают в ад. 37% ДМА сообщили, что испытывают желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет. 53% из них склонны держать свои переживания «в себе», что, вероятно, является «визитной карточкой» большинства детей из группы ВДА.

ДМА, безусловно, настораживают в плане риска развития алкогольной зависимости. В данном контексте, учитывая семейную историю, мы можем говорить о поло-ролевом поведении и перенятии копинг-стратегии поведения матери.

Согласно представленным данным, ДМА испытывают ощущение того, что им следует сократить употребление спиртных напитков (20%), чувство вины, связанное с употреблением алкоголя (20%), а также 7 % из них испытывают желание принять алкоголь на утро после имевшего место алкогольного эксцесса. Отметим, что количество статистически значимых индикаторов наркологического профиля несколько выше среди ДМА, нежели в группе ДРА, ДОА при сравнении с контролем.

Далее рассмотрим личностные характеристики ДМА в контексте их ауто-агрессивного поведения. Полученные данные приведены в таблице 3.8.4.

Профиль Mini-Mult ДМА отличается от профиля девушек группы контроля по шкалам Pt (шкала психастении), и Ma (шкала гипомании).

При этом показатели психастении выше, что может указывать на истощение общего гипертимного фона, притом, что общий уровень тревоги остается достаточно выраженным. В комбинации черты импульсивности, беспечности, порой безответственности, желание привлечь к себе внимание людей, и, в то же время повышенная тревожность, зависимость от оценки другими, неуверенность - дают нам представление о ДМА, как о лицах с заметным невротическим фоном, зависимых от одобрения общества, при этом внешне декларирующих свою условную благополучность.

Таблица 3.8.4 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМА n = 30 M±m	Контроль n = 60 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	4,067±0,38	2,88±0,25	2,62	0,0105	88
Защитный психологический механизм «Замещение»	5,067±0,523	3,73±0,38	2,04	0,0446	88
<b>Тест MINI – MULT</b>					
Шкала Mini-Mult Pt (психастения)	7,7±0,63	5,97±0,44	2,26	0,0265	88
Шкала Mini-Mult Ma (гипомания)	5,97±0,48	4,6±0,27	2,64	0,0099	88

Остановимся на обнаруженных в подгруппе ДМА психических расстройствах.

Таблица 3.8.5 – Представленность психических расстройств в подгруппе девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ДМА n = 30 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	8/27%	15/25%
Социальные фобии (F 40.1)	2/7%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	3/10%	1/2%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	4/13%	3/5%

Можно заметить некоторое увеличение частоты выявления ряда психических расстройств в исследуемой подгруппе при отсутствии статистически значимой разницы. Данное наблюдение может быть объяснено с позиции влияния алкогольной зависимости матери на психику дочери. Неспособность страдающей от алкогольной зависимости матери создать благоприятную и безопасную обстановку в семье, вероятно повышает базовый уровень тревоги у их дочерей, способствуя дальнейшему ее закреплению.

Перейдем к рассмотрению суицидологических характеристик девушек, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью.

### 3.9 Суицидологические характеристики девушек, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью

Традиционно начнем с рассмотрения представленности суицидальных паттернов у ДМОА по сравнению с группой контроля, которые отражены в таблице 3.9.1.

Таблица 3.9.1 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов подгруппы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n = 34 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в анамнезе	8/24%	3/5%	7,21	0,0072	0,17	[0,04; 0,71]	1
Наличие суицидальных мыслей в последние 2 года	13/38%	7/12%	9,15	0,0025	0,21	[0,07; 0,62]	1
Наличие суицидальных мыслей ранее в анамнезе	22/65%	12/20%	18,79	0,0000	0,14	[0,05; 0,36]	1

24% ДМОА имеют в анамнезе суицидальную попытку, 65% - суицидальные мысли в анамнезе, 38% - суицидальные мысли в течение последних двух лет, что является самыми высокими показателями в выделенных подгруппах девушек ВДА. Таким образом, в отношении суицидальной аутоагрессии, подгруппа ДМОА выглядит наименее благополучной из всех сравниваемых женских подгрупп.

Перейдем к анализу данных таблицы 3.9.2, в которой отражены несуйцидальные аутоагрессивные паттерны поведения ДМОА и группы контроля.

Несуйцидальная аутоагрессия представлена в подгруппе ДМОА соматическим направлением, травматическим, рискованным поведением и несуйцидальным самоповреждающим поведением. ДМОА ожидаемо более аутоагрессивны по сравнению с лицами из группы контроля. Спектр представленной в их «арсенале» несуйцидальной аутоагрессии не находит такого неодобрения в обществе, как классические суицидальные паттерны поведения, а также помогает, по заявлению

трети обследуемых девушек, снизить уровень сопутствующей тревоги и беспокойства.

Таблица 3.9.2 - Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов подгруппы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n = 34 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
ЧМТ в анамнезе	3/9%	0	5,47	0,0194	-	-	1
Несуицидальное самоповреждающее поведение в последние 2 года	6/18%	1/2%	5,89	0,0152	0,08	[0,01; 0,71]	1
Склонность к неоправданному риску в анамнезе	10/29%	5/8%	7,19	0,0073	0,22	[0,07; 0,72]	1
Нарушение пищевого поведения в анамнезе	25/74%	29/48%	5,64	0,0176	0,34	[0,13; 0,85]	1
Наличие обострений хронических заболеваний в последние 2 года	23/68%	23/38%	7,46	0,0063	0,30	[0,12; 0,73]	1
Наличие хронических заболеваний ранее в анамнезе	24/71%	23/38%	9,03	0,0027	0,26	[0,10; 0,65]	1

Отметим, что обнаружение статистически значимых отличий в подгруппе ДМОА существенно ниже тех в аналогичной серии сравнений ЮМОА с группой контроля, что, вероятно, носит половую специфику.

Рассмотрим представленность предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппе ДМОА. Полученные данные приведены в таблице 3.9.3.

Обращает на себя внимание, что ДМОА склонны в большей степени, чем лица группы контроля, к переживанию таких чувств, как вина, одиночество, безысходность. ДМОА склонны долго терпеть боль, они испытывают проблемы с восприятием своего тела: стыдятся его, ощущают себя физически неполноценными, декларируют у себя комплекс неполноценности. При этом, ДМОА в меньшей степени, чем девушки группы контроля склонны делиться своими переживаниями с кем-либо; и наоборот, склонны держать свои эмоции «в себе».

Таблица 3.9.3 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов ауто-агрессивного поведения подгруппы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n = 34 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Долго переживаемое чувство вины в последние 2 года	20/59%	12/20%	14,57	0,0001	0,18	[0,07; 0,45]	1
Долго переживаемое чувство вины ранее в анамнезе	21/62%	17/28%	10,07	0,0015	0,24	[0,10; 0,60]	1
Способность долго тереть боль	24/71%	29/48%	4,37	0,0366	0,39	[0,16; 0,96]	1
Моменты остро переживаемого одиночества в последние 2 года	14/41%	10/17%	6,86	0,0088	0,29	[0,11; 0,76]	1
Моменты остро переживаемого одиночества ранее в анамнезе	23/68%	21/35%	9,29	0,0023	0,26	[0,10; 0,64]	1
Субъективное ощущение депрессии в последние 2 года	24/71%	20/33%	12,10	0,0005	0,21	[0,08; 0,52]	1
Субъективное ощущение депрессии ранее в анамнезе	25/74%	23/38%	10,76	0,0010	0,22	[0,09; 0,57]	1
Периоды безысходности в анамнезе	24/71%	24/40%	8,13	0,0044	0,28	[0,11; 0,69]	1
Стыд тела в последние 2 года	18/53%	18/30%	4,83	0,0279	0,38	[0,16; 0,92]	1
Стыд тела ранее в анамнезе	25/74%	27/45%	7,15	0,0075	0,29	[0,12; 0,75]	1
Ощущение наличия у себя физического недостатка	12/35%	8/13%	6,25	0,0124	0,28	[0,10; 0,80]	1
«Комплекс неполноценности» в последние 2 года	14/41%	13/22%	4,03	0,0446	0,40	[0,16; 1,00]	1
«Комплекс неполноценности» ранее в анамнезе	20/59%	21/35%	5,01	0,0252	0,38	[0,16; 0,91]	1
Ощущение, что время умирать придет еще не скоро	12/35%	38/63%	6,85	0,0089	3,17	[1,30; 7,72]	1
Периоды отсутствия смысла жизни в последние 2 года	5/15%	1/2%	4,19	0,0408	0,10	[0,01; 0,91]	1
Периоды отсутствия смысла жизни ранее в анамнезе	8/24%	4/7%	4,13	0,0421	0,23	[0,06; 0,86]	1
Склонность держать свои переживания в себе	23/68%	19/32%	11,37	0,0007	0,22	[0,09; 0,55]	1
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) последние 2 года	16/47%	13/22%	6,56	0,0104	0,31	[0,12; 0,78]	1

Продолжение таблицы 3.9.3							
Повышенная гетероагрессивность (субъективная оценка) ранее в анамнезе	18/53%	15/25%	7,44	0,0064	0,30	[0,12; 0,73]	1
Наличие страха темноты в детстве	10/29%	34/57%	6,47	0,0109	3,14	[1,26; 7,80]	1
Наличие страха смерти	14/41%	41/68%	6,59	0,0102	3,08	[1,27; 7,48]	1
Трагические смерти родственников	14/41%	13/22%	4,03	0,0446	0,40	[0,16; 1,00]	1
Вера в Бога	27/79%	56/93%	4,07	0,0436	3,63	[0,96; 13,73]	1
Убежденность в том, что все грешники попадают в ад	16/47%	42/72%	5,62	0,0177	2,85	[1,17; 6,93]	1
Ощущение себя праведником	5/15%	28/47%	8,38	0,0038	5,08	[1,71; 15,12]	1

В то же время, девушки группы контроля реже отмечают, что не видят смысла в своей жизни, они уверены, что их время умирать настанет еще не скоро. Девушки из «неалкогольных семей» в большем количестве случаев верят в Бога и те общепринятые правила, что с ними связаны, отмечая, что чувствуют себя скорее праведниками, чем грешниками. Все это лишний раз подчеркивает у них сформированность защитных антисуицидальных факторов.

Логичным будет отметить, что данная серия сравнений дает наибольшее количество значимых отличий (в сравнении с сериями ДОА и ДМА с контрольной группой), что подчеркивает особую «токсичность» воспитания в семье с двумя зависимыми от алкоголя родителями в суицидологическом плане для ребенка.

Перейдем к рассмотрению данных таблицы 3.9.4, в которой отражены наркологические характеристики в подгруппе ДМОА.

Из таблицы следует, что ДМОА чаще отмечают, что, по их мнению, злоупотребляют алкоголем (29%). Многие из них положительно ответили на 3 из 4-х вопросов теста CAGE, при этом 35% из них отметили, что выпивают не более 100 гр. алкоголя в пересчете на водку не чаще, чем несколько раз в год или несколько раз в месяц (35%).

Таблица 3.9.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик подгруппы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n = 34 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Злоупотребление алкоголем в анамнезе	10/29%	4/7%	7,15	0,0075	0,17	[0,05; 0,61]	1
Выпиваю 100-200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько р/год	12/35%	9/15%	4,05	0,0442	0,32	[0,12; 0,89]	1
Выпиваю 100-200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько р/мес.	12/35%	4/7%	10,65	0,0011	0,13	[0,04; 0,46]	1
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	11/32%	3/5%	10,74	0,0010	0,11	[0,03; 0,44]	1
Чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	9/26%	4/7%	5,58	0,0182	0,20	[0,05; 0,72]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	13/38%	2/3%	17,20	0,0000	0,06	[0,01; 0,27]	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,97 ± 0,18	0,15 ± 0,08	t=4,80	0,0000	---	----	92

Указанные данные (с учетом ответов на вопросы теста CAGE) могут указывать на сокрытие реально выпиваемого количества спиртных напитков, утрату критики к своему поведению, риск формирования алкогольной зависимости.

Далее рассмотрим личностные характеристики ДМОА в контексте их аутоагрессивного поведения (таблица 3.9.5).

При анализе личностных характеристик ДМОА в сравнении с девушками из группы контроля мы видим, что первые чаще используют ЗПМ «Вытеснение», «Интеллектуализация». Совокупность данных ЗПМ позволяет им не только вытеснять в подсознание (неосознанно забывать) неприятные жизненные ситуации, неприемлемые эмоции, мысли и поступки, но использовать различные псевдологические построения с целью избегания их токсического влияния.

Таблица 3.9.5 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, подгруппы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Признак	ДМОА n = 34 Абс./отн. M±m	Контроль n = 60 Абс./отн. M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	3,82 ± 0,38	2,88 ± 0,25	2,12	0,0363	92
Защитный психологический механизм «Интеллектуализация»	5,94 ± 0,38	4,95 ± 0,24	2,30	0,0237	92
<b>Тест STAXI</b>					
Агрессия как состояние (STATE-ANGER)	1,70 ± 0,50	0,75 ± 0,21	2,03	0,0456	92
Аутоагрессия (AX/IN)	15,47 ± 0,92	13,43 ± 0,46	2,20	0,0302	92
Контроль агрессии (AX/CON)	21,44 ± 0,66	19,03 ± 0,57	2,64	0,0096	92
<b>Тест MINI – MULT</b>					
Шкала Mini – Mult Pd (психопатия)	7,20 ± 0,45	5,8 ± 0,31	2,64	0,0097	92

При этом перевод на абстрактный уровень эмоций, не позволяющий осознавать их в полном объеме, вероятно, способен помочь ДМОА справляться с выраженностью аутоагрессивного модуса поведения, перенаправлять и перераспределять его. Это подтверждается данными, полученными при анализе теста STAXI: ДМОА отличает не только повышенный уровень агрессии и аутоагрессии, но и более высокий балл по шкале контроля агрессии. В отношении данных теста Mini-Mult ДМОА отличаются от девушек контрольной группы более высокими баллами по шкале Pd (психопатия), которая отвечает за диагностику психопатических черт личности. Данная шкала отражает уровень спонтанности поведения. Она повышается при высоком уровне побуждения к достижению цели с пренебрежением к общепринятым законам и нормам поведения при отсутствии щепетильности в вопросах морали, отражает эгоцентричность позиции, стремление к доминированию, что логично сочетается с данными, приведенными в таблицах 3.9.2 и 3.9.3.

Кратко остановимся на обнаруженных в рассматриваемой подгруппе психических расстройствах, представленных в таблице 3.9.6.



Таблица 3.9.6 – Представленность психических расстройств в подгруппе девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью

Нозология	ДМОА n= 34 Абс./отн.	Контроль n = 60 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	12/35%	15/25%
Социальные фобии (F 40.1)	3/9%	2/3%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	2/6%	1/2%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	2/6%	3/5%

Количественные характеристики в отношении представленности психических расстройств у ДМОА и лиц группы контроля не достигают статистически значимой разницы. Однако, как и в случае с ЮМОА наблюдается тенденция к увеличению частоты их обнаружения, в частности в отношении наличия депрессивного эпизода в прошлом и панического расстройства. Это логично согласуется с полученными нами данными в отношении предикторов аутоагрессивного поведения (таблица 3.9.3), а также полученных суицидологических характеристик в подгруппе ДМОА.

Таким образом, соответствуя ожиданиям, ДРА, в целом, представляют собой достаточно аутоагрессивный срез популяции ВДА. Однако при более детальном рассмотрении «групповая» аутоагрессия девушек ВДА диссоциируется. Исследуемые подгруппы в порядке увеличения суицидальности и уменьшения количества протективных факторов расположились в следующем порядке: ДОА → ДМА → ДМОА. Рассматривая исследуемые подгруппы, выраженность суицидальных признаков и несуйцидальных признаков среди ДОА и их разнородность, отражает не столько общую антивитаальную направленность ДОА, сколько их реакцию на стресс проживания в семье с родителем, страдающим алкогольной зависимостью. Их личностные характеристики, скорее, указывают на склонность оптимистично смотреть в будущее. ДМА же склонны повторять материнскую траекторию, выражая свою аутоагрессивность посредством аддиктивного направления, а их личностный склад предполагает высокий базовый уровень невротичности, в сочетании с импульсивностью поступков, дающий повод заподозрить у них склонность

к зависимому поведению (имеется в виду зависимость от мнения других людей). ДМОА же представляют собой наименее благополучную подгруппу ДРА, которая, в отличие от аналогичной среды ЮРА (ЮМОА) в большей степени склонна к выражению и образованию комплекса гипотимных чувств и ограниченному, одобряемому поло-ролевому способу проявления несуйцидальной аутоагрессии. Их личностный склад заметно отличается от такового в других подгруппах склонностью к импульсивности, невысокой моралью, эгоистичностью и стеничностью в выбранных проявлениях.

Перейдем к рассмотрению суицидологических характеристик в подгруппах девушек ВДА и их основных отличий.

### **3.10 Сравнение суицидологических характеристик подгрупп девушек из семей, где родитель (ли) страдают алкогольной зависимостью**

Ниже рассмотрим аутоагрессивные модусы, представленные среди девушек ВДА в зависимости от парентальной фигуры, страдающей алкогольной зависимостью.

Начнем с детального сравнения подгрупп ДМА и ДОА.

В отношении суицидальных паттернов между ДМА и ДОА нами не было найдено статистически значимых отличий, что аналогично сравнению мужских подгрупп ЮМА и ЮОА. Однако для наглядности приведем значения представленности суицидальных мыслей и попыток в подгруппах ДМА и ДОА. Среди ДОА количество суицидальных попыток в анамнезе составило 8%, а мыслей – 35%; среди ДМА аналогичные показатели составили соответственно 10% и 23%. Приведенные выше показатели являются сопоставимыми и не позволяют судить о большой аутоагрессивности той или иной исследуемой подгруппы.

Перейдем к рассмотрению статистически значимых отличий в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения между ДМА и ДОА.

Анализ полученных результатов не дает статистически значимых отличий рассматриваемых подгрупп друг от друга, при их безусловном отличии от группы интактного в отношении родительской алкогольной зависимости контроля. При, в целом, высоких показателях изучаемых критериев, мы не предполагаем какого-либо значимого влияния пола родителя.

Перейдем к рассмотрению представленности предикторов аутоагрессивного поведения в подгруппах ДМА и ДОА. Полученные данные отражены в таблице 3.10.1.

Отличия между подгруппами незначительны и в некоторой степени напоминает схожие в мужской подгруппе, где их все же больше у ЮМА.

В данном случае отметим «эмоциональный блок» именно у воспитанниц матерей, имеющих проблемы с алкоголем, транслирующих именно аффективное негативное отношение к жизни в отличие от отцов с алкогольной зависимостью.

Таблица 3.10.1 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между подгруппами ДМА и ДОА

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДОА n = 60 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Субъективное чувство депрессии ранее в последние 2 года	15/50%	17/28%	4,10	0,0430	0,40	[0,16; 0,99]	1
Вера в реинкарнацию	5/17%	34/57%	11,45	0,0007	6,54	[2,17; 19,73]	1
Желание обратиться к психиатру	0	21/35%	11,81	0,0006	-	-	1

С другой стороны, именно в группе ДОА преобладают реинкарнационные установки (в определенной степени - обесценивающие текущую жизнь) часто обнаруживаемые у самих мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [31-33, 61]. ДМА в 50% случаев оценивают себя депрессивными, однако при этом не хотят обращаться за помощью к специалисту.

Перейдем к анализу основных наркологических характеристик среди ДМА и ДОА. Изучив наркологические характеристики ДОА и ДМА, можно констатировать тот факт, что в отношении данных признаков подгруппы не имеют стати-

стически значимых отличий. Напомним, что обе они значительно отличаются от показателей лиц из группы контроля.

В заключение, коснемся личностных характеристик ДМА и ДОА в контексте их аутоагрессивного поведения (данные приведены в таблице 3.10.2).

Полученные данные, как нельзя лучше, демонстрируют нам разницу их получения от родителя того или иного пола.

Склонность использовать интеллектуализацию наряду с вытеснением в большей степени характеризует дочерей, имеющих мать, зависимую от алкоголя.

Таблица 3.10.2 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, между ДМА и ДОА

Признак	ДМА n = 30 M±m	ДОА n = 60 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	4,07 ± 0,38	2,98 ± 0,22	-2,60	0,0108	88
Защитный психологический механизм «Интеллектуализация»	5,8 ± 0,41	4,8 ± 0,26	-2,13	0,0356	88
<b>Тест MINI - MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	6,73 ± 0,52	5,47 ± 0,29	-2,25	0,0268	88
Шкала Mini – Mult Ну (истерия)	10,03 ± 0,53	8,67 ± 0,39	-2,02	0,0462	88

Поскольку именно женщины, страдающие алкогольной зависимостью склонны использовать их в качестве собственных коппингов [54], что и с успехом транслируют своим взрослым дочерям. Данные механизмы помогают выживать дочерям, не замечая или «логичным образом» объясняя заболевание матери.

Соответствующие шкалы Mini-Mult так же являются традиционным набором для женщин, страдающих алкогольной зависимостью так, что их появление у их дочерей представляется нам вполне логичным [54].

С позиции суицидологии данное сочетание может служить катализатором суицидальных идеаций и попыток, продиктованных аффективным состоянием, с чертами демонстративности и обесцениванием последствий своего подобного поведения.

Теперь рассмотрим данные таблицы 3.10.3, которые описывают отличия суицидальных паттернов в подгруппах ДОА и ДМОА.

Таблица 3.10.3 - Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ДОА и ДМОА

Признак	ДОА n = 60 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Попытка суицида в анамнезе	5/8%	8/24%	4,21	0,0403	0,30	[0,09; 1,01]	1
Суицидальные мысли в анамнезе	21/35%	22/65%	7,72	0,0055	0,29	[0,12; 0,72]	1

В отношении суицидальных паттернов подгруппы ДОА и ДМОА значительно отличаются в пользу неблагополучности последних. Дополнительно отметим, что обнаруженные в этой паре сравнений отличия практически аналогичны обнаруженным в серии сравнений ЮОА и ЮМОА. Говоря про несуйцидальные аутоагрессивные паттерны, отметим отсутствие статистически значимых отличий между сравниваемыми подгруппами. То есть в отношении их они скорее являются в значительной степени однородной группой. Что отличает ДОА от ЮОА, которая демонстрирует значительное количество отличий от ЮМОА. Предположим в данном случае значение пола именно ребенка.

Перейдем к анализу наркологических характеристик ДМОА и ДОА, что отражено в таблице 3.10.4.

Таблица 3.10.4 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик между ДОА и ДМОА

Признак	ДОА n = 60 Абс./отн. M±m	ДМОА n = 34 Абс./отн. M±m	$\chi^2/t$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Оценка себя как «злоупотребляющей алкоголем»	6/10%	10/29%	4,50	0,034	0,27	[0,09; 0,83]	1
Выпиваю 100-200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в год	9/15%	12/35%	4,05	0,044	0,32	[0,12; 0,89]	1
Выпиваю 100-200 гр. алкоголя в пересчете на водку несколько раз в месяц	6/10%	12/35%	7,41	0,007	0,20	[0,07; 0,62]	1

Продолжение таблицы 3.10.4							
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	4/7%	11/32%	8,85	0,003	0,15	[0,04; 0,53]	1
Чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил о необходимости сократить употребление спиртных напитков	4/7%	9/26%	5,58	0,018	0,20	[0,05; 0,72]	1
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	10/17%	13/38%	4,36	0,036	0,32	[0,12; 0,86]	1
Тест CAGE (сумма баллов)	0,30±0,07	0,97±0,18	t=-4,02	0,001	---	----	92

ДМОА по многим показателям, характеризующим их наркологическую неблагополучность, негативным образом опережают ДОА. ДОА в отношении собственных наркологических показателей ближе к группе контроля. Если сравнивать риск формирования зависимости, то в подгруппе ДМОА он заметно выше. По многим оцениваемым показателям в несколько раз. Выпивки и дозы алкоголя носят гораздо более аутоагрессивный и интенсивный характер, но менее выраженный, чем в группе ЮМОА.

Рассмотрим предикторы аутоагрессивного поведения в группах ДОА и ДМОА. Статистически значимые отличия отображены в таблице 3.10.5.

Таблица 3.10.5 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ДОА и ДМОА

Признак	ДОА n = 60 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Наличие долго переживаемого чувства вины в последние 2 года	17/28%	20/59%	8,45	0,0036	0,28	[0,11; 0,68]	1
Наличие долго переживаемого чувства вины ранее в анамнезе	23/38%	21/62%	4,79	0,0287	0,38	[0,16; 0,93]	1
Наличие долго переживаемого чувства стыда в анамнезе	13/22%	14/41%	4,03	0,0446	0,40	[0,16; 1,00]	1
Моменты остро переживаемого одиночества в анамнезе	28/47%	23/68%	3,85	0,0498	0,42	[0,17; 1,02]	1
Субъективное ощущение депрессии в последние 2 года	27/45%	24/71%	5,73	0,0167	0,34	[0,14; 0,85]	1
Субъективное ощущение депрессии ранее в анамнезе	30/50%	25/74%	4,95	0,0261	0,36	[0,14; 0,91]	1

Продолжение таблицы 3.10.5							
Наличие страха смерти	42/70%	14/41%	7,49	0,0062	3,33	[1,37; 8,13]	1
Наличие страха темноты в детстве	36/60%	10/29%	8,13	0,0044	3,60	[1,45; 8,98]	1
Периоды безысходности в анамнезе	24/40%	24/71%	8,13	0,0044	0,28	[0,11; 0,69]	1
Стыд тела в анамнезе	28/47%	25/74%	6,37	0,0116	0,32	[0,12; 0,80]	1
Убежденность в наличии физического недостатка	9/15%	12/35%	5,15	0,0232	0,32	[0,12; 0,89]	1
Наличие «комплекса неполноценности»	22/37%	20/59%	4,31	0,0379	0,41	[0,17; 0,97]	1
Наличие веры в Бога	57/95%	27/79%	5,55	0,0185	4,93	[1,16; 20,99]	1
Ощущение, что время умирать еще не пришло последние 2 года	36/60%	12/35%	5,30	0,0213	2,75	[1,14; 6,67]	1
Отсутствие смысла жизни	2/3%	8/24%	7,31	0,0069	0,11	[0,02; 0,58]	1
Склонность держать свои переживания «в себе»	28/47%	23/68%	3,85	0,0498	0,42	[0,17; 1,02]	1

В отношении предикторов аутоагрессивного поведения ДОА по сравнению с ДМОА имеют ряд протективных факторов: 95% из них верят в Бога, 60% - убеждены, то их время умирать еще не пришло, 70% говорят о том, что у них есть страх смерти, 60% отмечают, что страх темноты имел место в детстве (аналог страха смерти во взрослом возрасте). В свою очередь, ДМОА больше склонны к образованию комплекса гипотимных эмоций, чем ДОА. 71% ДМОА субъективно оценивают себя депрессивными на протяжении последних 2-х лет, 74% ДМОА испытывали нечто подобное ранее. 74% ДМОА стыдятся своего тела, 35% уверены в наличии у них физического недостатка. Наиболее неблагоприятными выглядят следующие данные: 24% ДМОА не видят в своей жизни смысла. Эти показатели в комбинации комплексом гипотимных переживаний, демонстрируют данную группу лиц как кризисную в отношении повышенного фактора суицидального риска. Отметим, что ДОА в отношении рассматриваемых показателей, скорее, ближе к интактной контрольной группе. Этот факт весьма примечателен с позиции суицидологии, поскольку способен сфокусировать работу на подгруппах, нуждающихся в действительно пристальном внимании суицидальной службы.

Перейдем к рассмотрению таблицы 3.10.6, в которой приведены личностные характеристики ДОО и ДМОА в контексте их аутоагрессивного поведения.

Таблица 3.10.6 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, между ДОО и ДМОА

Признак	ДОО n = 60 M±m	ДМОА n = 34 M±m	t	p	df
<b>Тест Плутчека-Келлермана-Конте</b>					
Защитный психологический механизм «Вытеснение»	2,98 ± 0,22	3,82 ± 0,38	-2,05	0,0434	92
Защитный психологический механизм «Интеллектуализация»	4,8 ± 0,26	5,94 ± 0,38	-2,54	0,0128	92
<b>Тест STAXI</b>					
Аутоагрессия (АХ/ІN)	13,15 ± 0,42	15,47 ± 0,92	-2,61	0,0106	92
Контроль агрессии (АХ/СОН)	17,47 ± 0,57	21,44 ± 0,66	-4,35	0,0000	92
<b>Тест MINI – MULT</b>					
Шкала Mini – Mult D (депрессия)	5,47 ± 0,29	6,67 ± 0,46	-2,29	0,0242	92

В отношении сочетания защит психических механизмов – не будем останавливаться подробно, так как мы проанализировали их значение в паре сравнений ДОО и ДМА, где последние достоверно опережают по частоте использования ДОО ( $p < 0,05$ ), при изучении последней пары сравнений мы видим их еще весьма показательным моментом и может служить некоторым опорным диагностическим инструментом в дальнейшем.

Аналогично описываемой картине, мы наблюдаем и рост значений шкалы депрессии (D) теста Mini-Mult, что согласуется с данными опросника для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов, используемого в исследовании. С чем логично сопряжены высокие значения факторов аутоагрессии (АХ/ІN) и контроль гнева (АХ/СОН), обнаруживаемыми в результате теста STAXI.

Перейдем к анализу отличий ДМА и ДМОА в суицидологическом контексте. Рассмотрим представленность суицидальных феноменов в группах ДМА и ДМОА, что отражено в таблице 3.10.7.

Прежде всего, мы уже не видим статистически значимых отличий в отношении суицидальных попыток, которое нами было обнаружено в серии сравнений



ДМОА и ДМОА, что говорит в пользу большей неблагополучности ДМА, нежели ДМОА. И, безусловно, о серьезной аутоагрессивности подгруппы ДМОА.

Таблица 3.10.7 - Статистически значимые отличия суицидальных паттернов между ДМА и ДМОА

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе	7/23%	22/65%	9,40	0,0022	0,17	[0,05, 0,51]	1

Несмотря на то, что ДМОА по одному показателю опережает ДМА, этот факт не говорит в пользу последней. Таблица, представленная выше, скорее, в большей степени описывает сходство данных двух подгрупп в отношении аутоагрессивного поведения, нежели указывает на их различия.

Изучим представленность основных несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в подгруппах ДМА и ДМОА, статистически значимые результаты приведены в таблице 3.10.8.

Таблица 3.10.8 - Статистически значимые отличия несуйцидальных паттернов между ДМА и ДМОА

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Несуйцидальное самоповреждающее поведение в анамнезе	1/3%	9/26%	4,84	0,0279	0,10	[0,01; 0,84]	1
Термическая патология (ожоги) в анамнезе	0	5/15%	4,79	0,0287	-	-	1

Коротко охарактеризуем результаты. По имеющимся значениям подгруппа ДМОА является более неблагополучной. Это касается самоповреждений без суицидальных намерений, ожоговой патологии. Опять же, полученные данные характеризуют подгруппу ДМА, как более сходную с ДМОА, то есть, говорят о ее высоком аутоагрессивном потенциале.

Перейдем к рассмотрению предикторов аутоагрессии в подгруппах ДМА и ДМОА, что нашло свое отражение в таблице 3.10.9.

Таблица 3.10.9 - Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ДМА и ДМОА

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Долго переживаемое чувство вины в последние 2 года	8/27%	20/59%	6,70	0,0097	0,25	[0,09; 0,75]	1
Долго переживаемое чувство вины ранее в анамнезе	11/37%	21/62%	4,02	0,0451	0,36	[0,13; 1,01]	1
Периоды безысходности в анамнезе	13/43%	24/71%	4,85	0,0276	0,32	[0,11; 0,91]	1
Наличие трагических смертей родственников	5/17%	14/41%	4,59	0,0322	0,29	[0,09; 0,95]	1
Отнесение себя к праведникам	11/37%	5/15%	4,10	0,0429	3,36	[0,98; 11,49]	1
Вера в реинкарнацию	5/17%	17/50%	6,44	0,0112	0,20	[0,06; 0,66]	1

ДМОА в этой серии сравнений, как и при сравнении с ДОА, значительно чаще испытывают такие эмоциональные состояния как безысходность и идеи вины. У 41% ДМОА в семье были трагические смерти, 50% ДМОА верят в жизнь после смерти, что потенциально обесценивает текущее существование. ДМА значительно положительнее оценивают себя в отношении собственной праведности, у ДМОА данный антисуицидальный барьер отмечается существенно реже.

Обращает на себя внимание и серия сравнения ДОА с ДМОА (как наиболее стигматизированной в отношении аутоагрессии группе), где при сравнении аналогичных показателей обнаруживается существенно больше статистически значимых отличий, скорее, говорящих в пользу большей благополучности подгруппы ДОА среди всех выделенных женских подгрупп.

Коснемся представленности наркологических характеристик ДМА и ДМОА, что отражено в таблице 3.10.10.

Отличия между ДМОА и ДМА минимальны. Это так же настораживает в плане формирования и высокого риска развития алкогольной зависимости у лиц в обеих подгруппах. Употребление наркотических веществ у ДМОА выше, нежели у ДМА, что, в свою очередь, дополняет наркологический профиль подгруппы в суицидологическом плане.

Таблица 3.10.10 - Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик ДМА и ДМОА

Признак	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.	$\chi^2$	p	ОШ	ДИ (ОШ)	df
Употребление наркотиков ранее последних 2-х лет	1/3%	7/21%	4,34	0,0373	0,13	[0,01; 1,20]	1

Проанализируем личностные характеристики ДМА и ДМОА в контексте их аутоагрессивного поведения, что нашло отражение в таблице 3.10.11.

Таблица 3.10.11 - Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, между ДМА и ДМОА

Признак	ДМА n = 30 M±m	ДМОА n = 34 M±m	t	p	df
Тест STAXI					
Контроль агрессии (AX/CON)	18,43 ± 0,81	21,44 ± 0,66	-2,90	0,0052	62

Отсутствие отличий говорит в пользу очевидного варианта: рассматриваемые подгруппы скорее имеют больше сходства, чем отличий, что позволяет нам сделать предположение о большей «родственности» ДМА и ДМОА. Что, вероятно, касается большинства изучаемых нами суицидологических характеристик.

Все это позволяет сделать вывод о значительном влиянии на общие суицидальные показатели пола родителя, зависящего от алкоголя.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Алкогольная зависимость, несмотря на прогрессивно снижающийся тренд заболеваемости, до сих пор остается актуальной проблемой для множества российских семей [19, 51, 54, 181]. Негативное влияние алкогольной зависимости сказывается не только на социально-демографических, экономических показателях за счет снижения трудоспособности заболевших членов общества, но и наносит непоправимый вред членам семьи так или иначе, оказывающимся вовлеченными в порочный круг аддикции. Для суицидологической практики указание на алкогольную зависимость является прямым указанием на повышенный аутоагрессивный потенциал пациента [11, 18, 19, 30-35, 39, 40, 42, 43, 61]. Алкогольная зависимость подвергалась пристальному вниманию отечественных и зарубежных ученых в отношении связи с суицидологическими характеристиками лиц, страдающих алкоголизмом [2, 10, 41, 54, 61, 62]. В результате, изученность данной проблемы и ее влияния на ближайшее окружение пациента (в рамках феномена созависимости) не оставляет пространства для дискуссий, так как оно является во многих случаях весьма однозначным [28, 29, 30, 31, 32, 34, 35]. Анализ же другого феномена - детей, выросших и воспитанных в семьях лиц, страдающих алкогольной зависимостью - «Взрослых Детей Алкоголиков», за истекший период времени является не столько не полным, сколько разрозненным и несистематизированным [80, 82, 84, 86, 90, 142, 155]. Отдельные научные работы, проводимые как в нашей стране, так и за рубежом, в основном, лишь констатируют безусловную аутоагрессивность ВДА и повышенный риск развития у них зависимостей от ПАВ, в том числе и от алкоголя [28, 29, 30, 31, 32, 34, 35]. Однако, существуют исследования, демонстрирующие выраженную гетерогенность ВДА в плане их социальной адаптации от сверхадаптированного уровня, до полной дезадаптации [73, 108, 143, 153, 154, 166, 167, 168, 180]. Начали появляться исследования, которые пытаются выяснить природу феномена ВДА в зависимости от поло-ролевого или социо-культурального наследия [64, 67, 72, 89, 108, 149, 177, 179, 180]. При этом

остается неоспоримым вклад генетической предрасположенности к алкогольной зависимости, однако до сих пор не прояснена его роль, не ясна степень пенетрантности [22, 50, 64, 121, 130, 145, 156, 162, 172]. Социо-культуральный аспект, а именно воспитание в алкогольной семье, остается дискуссионным, ведь, имея точное знание о вкладе генетической «нагрузки» на проявление и приобретение алкогольной зависимости, ее роль не вызывает сомнений, а психологическое влияние родителей, страдающих алкогольной зависимостью, воспитание в условиях таких семей, вызывает вопросы с учетом гетерогенности ВДА по уровню их адаптации в обществе.

Таким образом, целью данного исследования являлось выяснение влияния алкогольной зависимости родителей на суицидологические характеристики потомства.

Для решения поставленных задач нами было обследовано в период с 2015 г. по 2019 г. 379 человек. Из них 195 респондентов составил мужскую группу, 184 респондентки – женскую, которые были разделены нами на 8 подгрупп (2 – контрольных, 6 – экспериментальных): ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 30$ , средний возраст в группе составил  $20,3 \pm 0,25$  года); ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 60$ , средний возраст в группе составил  $20,8 \pm 0,2$  года); ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью ( $n = 34$ , средний возраст в группе составил  $20,67 \pm 0,27$  года); ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 31$ , средний возраст в группе составил  $21,42 \pm 0,40$  года); ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью ( $n = 74$ , средний возраст в группе составил  $21,46 \pm 0,22$  года); ЮМОА – юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью ( $n = 30$ , средний возраст в группе составил  $21,1 \pm 0,30$ ). В контрольной группе девушек (60 человек) средний возраст составил  $20,84 \pm 0,06$  года, в контрольной группе юношей (60 человек) –  $21,78 \pm 0,26$  года.

Отдельно отметим, что при наборе материала непосредственно в ВДА-интернет сообществах возникли очевидные трудности, определенные закрыто-

стью самого комьюнити. В основном, лидеры региональных сообществ противодействовали контакту, размещению информации об исследовании на сайтах ВДА, мотивируя это тем, что исследователь имеет психиатрическое образование, а, следовательно, заинтересован в собственной выгоде и вреде сообществу. При попытках размещения информации, в тех случаях, когда это было позволено модераторами сообщества, исследователь сталкивался с многочисленными угрозами и оскорблениями в свой адрес. В целом, сообщество ВДА отличалось исключительной инкапсулированностью, центрированностью внутри себя, подозрительностью к внешнему миру. К нашему удивлению, самое малое количество респондентов было набрано посредством анкетирования лиц из ВДА-комьюнити. Данный факт, является, на наш взгляд, весьма показательным в отношении психологического «климата» подобных образований, что лишний раз подчеркивает необходимость разработки государственных программ поддержки изучаемого контингента.

С целью детального изучения суицидологических характеристик и ранжирования исследуемых групп по степени представленности в них аутоагрессивных паттернов, как косвенного отражения потенциального суицидального риска, были проведены ряд сравнений исследуемых групп с группами контроля и между собой. Дизайн исследования и последовательность серий сравнений подробно описаны во второй главе.

Для решения поставленных в исследовании задач использовались клинико-анамнестический и статистический методы, а также метод анкетирования. Клинические и психопатологические особенности респондентов, а также их родителей, были оценены посредством клинического опроса и сбора анамнеза. Диагноз алкогольной зависимости родителям выставлялся в соответствии с критериями МКБ-10. Основным диагностическим материалом при проведении исследования являлся «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем», утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 [61]. Данный опросник обязательно предлагался каждому участнику исследования и заполнялся совместно с

исследователем. Блок методик исследования личностных особенностей включал в себя тест Mini-Mult, опросник Плутчика-Келлермана-Конте, тест STAXI подробно описанные во второй главе. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами параметрической и непараметрической статистики с использованием руководств по прикладной медицинской статистике и программных пакетов Statistica 7.0.

В результате проведенного исследования выявлено, что ВДА, в целом, представляют собой более аутоагрессивную группу, чем лица группы контроля. При этом юноши ВДА представляются имеют несколько большее количество аутоагрессивных паттернов, чем девушки ВДА, что вполне согласуется с ранее проводимыми исследованиями [30, 31, 32].

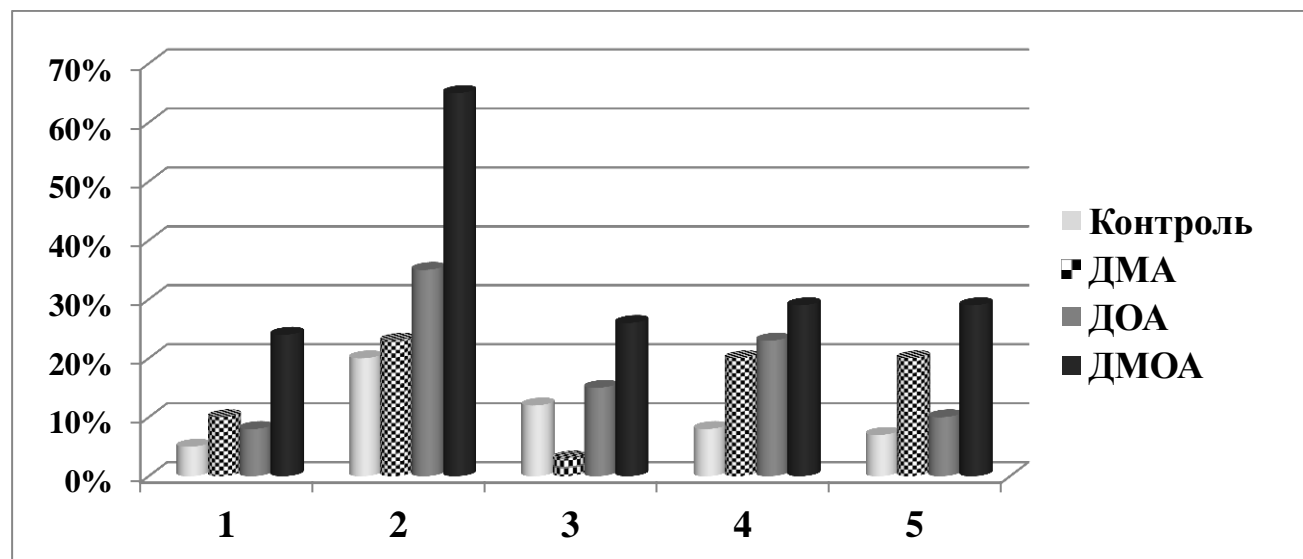
При разделении общих групп ЮРА и ДРА на подгруппы в зависимости от пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, ВДА в отношении большинства суицидологических показателей разделяется, демонстрируя их гетерогенность.

Наиболее наглядно данное разделение видно в группе девушек ВДА.

ДАО практически не отличаются от контрольной группы, как в отношении проявлений суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии, так и в отношении предикторов саморазрушающего поведения. Данная подгруппа представляется нам наиболее благополучной из всех рассмотренных, а ее отличия от контрольной группы являются разрозненными, не укладывающимися в общую картину проявлений аутоагрессии и, скорее, говорит об уровне стресса, который вызван проживанием в семье с отцом, зависимым от алкоголя. Полной противоположностью данной подгруппы являются ДМОА, которые проявляют максимально возможный спектр выраженности всех вариантов направления аутоагрессии среди ДРА, а также - настораживают в плане высокого риска формирования собственной алкогольной зависимости, что рядом авторов рассматривается как самостоятельный вариант аутоагрессивной траектории, либо, как минимум, может служить значимым катализатором реализации других ее направлений [31, 42, 61]. Промежуточное положение занимают ДМА, которые в приведенных сериях сравнений выгля-

дят более близкими к ДМОА, но при более детальном рассмотрении демонстрируют, скорее, перенятие поло-ролевой материнской стратегии жизни.

Ниже представлены графики, наглядно демонстрирующие разницу в представленности аутоагрессивных паттернов в подгруппах девушек ВДА.



1. Суицидальная попытка в анамнезе;
2. Суицидальные мысли в анамнезе;
3. Несуицидальное самоповреждающее поведение;
4. Склонность к неоправданному риску;
5. Злоупотребление алкоголем.

Рисунок 2 – Аутоагрессивные паттерны в подгруппах ДРА

На рисунке 2 наглядно отражена выраженность некоторых признаков в подгруппах ДРА. Рисунок показывает увеличение выраженности признаков, достигающих максимума в подгруппе ДМОА.

Общий тренд нарастания значений признаков суицидальной активности в женских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью представлен на рисунке 3.



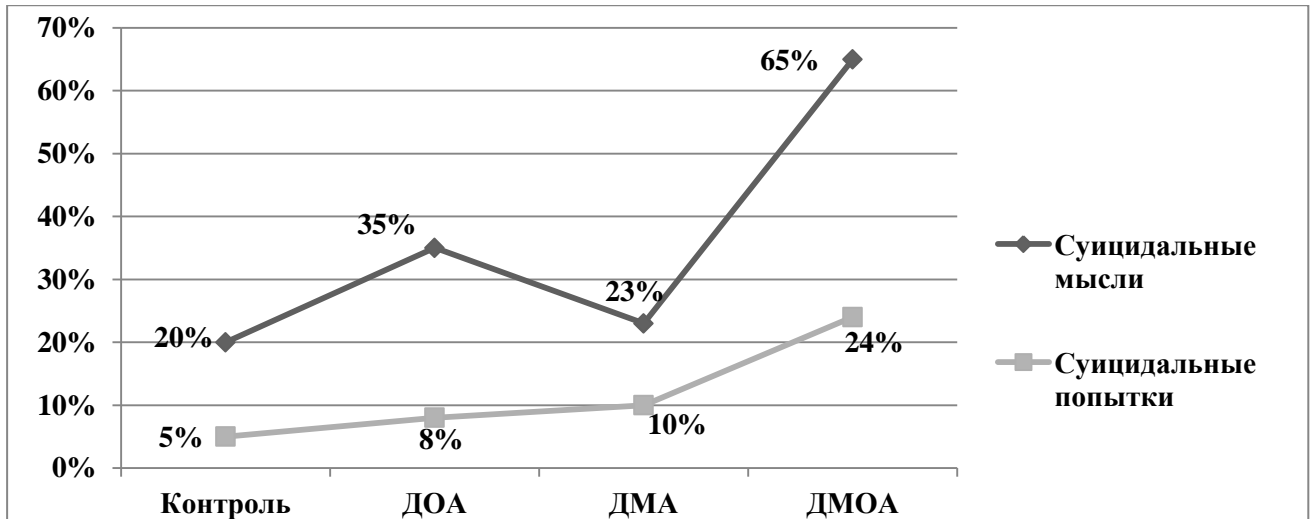


Рисунок 3 – Тренд представленности суицидальных мыслей и попыток в женских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью

Таким образом, видно практически линейное нарастание частоты совершения суицидальных попыток от контрольной группы к ДМОА. Нарастание же частоты суицидальных мыслей происходит ближе к экспоненте.

Рисунок 4 демонстрирует выраженность долей подгрупп ДРА внутри основной группы по количеству, имеющих оцениваемый признак.

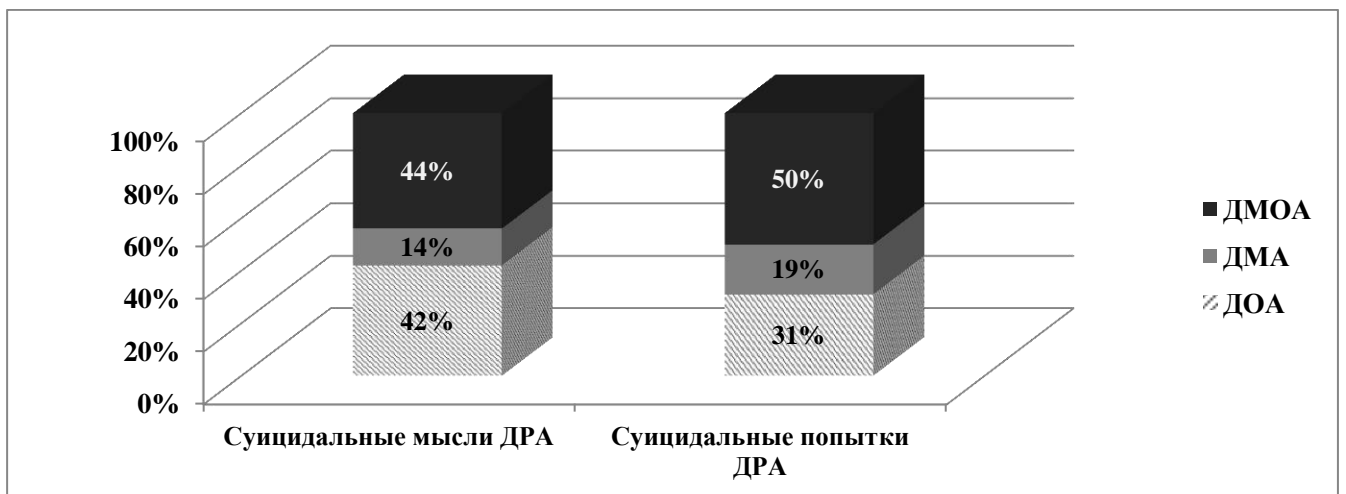


Рисунок 4 – Выраженность долей подгрупп ДРА в отношении их вклада в консолидированные показатели суицидальной аутоагрессивности

Из представленной иллюстрации четко визуализируются подгруппы ДРА, которые «отвечают» за более, чем 80% вклад в формирование рассматриваемых признаков в показатели консолидированной группы девушек ВДА.

ДОО практически не отличаются от аналогичных показателей группы контроля, а ДМА ближе по оцениваемым переменным к ДМОА, и занимают, таким образом, промежуточное значение.

В таблице ниже представлены психические расстройства, обнаруженные в исследуемых женских подгруппах.

Таблица 4.1 – Представленность обнаруженных психических расстройств в исследуемых женских подгруппах

Нозология	ДРА n = 124 Абс./отн.	ДОО n = 60 Абс./отн.	ДМА n = 30 Абс./отн.	ДМОА n = 34 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	33/27%	12/22%	8/27%	12/35%
Социальные фобии (F 40.1)	5/4%	--	2/7%	3/9%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	7/6%	2/3%	3/10%	2/6%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	7/6%	1/2%	4/13%	2/6%

Из представленных данных видно нарастание представленности психических расстройств, в частности наличия депрессивного эпизода в прошлом, в подгруппах девушек в зависимости от числа и пола родительских фигур, зависимых от алкоголя. При этом, в подгруппе ДМА наблюдается увеличение частоты встречаемости панического расстройства, смешанного тревожного и депрессивного расстройства, что, вероятно, обусловлено необходимостью заботы о зависимой матери и неблагоприятной обстановкой в семье. Стоит отметить, что все представленные в таблице х.х.х данные статистически значимо не отличаются как от соответствующих данных в контрольной группе, так и между исследуемыми подгруппами.

При сравнении общей группы юношей ВДА с лицами из нормативных семей, мы получили данные, демонстрирующие их большую аутоагрессивность, что, в целом, отражает имеющиеся к настоящему времени суицидологические

представления о мужской когорте ВДА [30]. При этом, ни одна из подгрупп после разделения общей группы ЮРА в зависимости от пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью (ЮОА, ЮМА, ЮМОА), не является близкой к показателям контрольной группы.

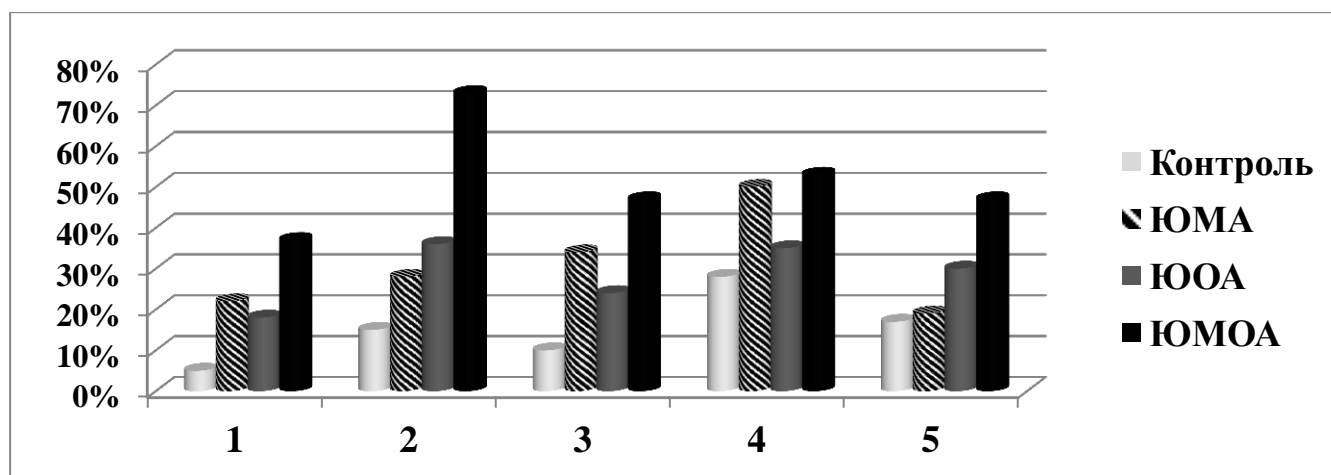
ЮОА отличаются частотой выявления у них суицидальных паттернов, рискованным и виктимным поведением, сопряженными с травматической патологией, нанесением несуицидальных самоповреждений. Здесь, как и в случае с ДМА, возможно предположение того, что их жизненный стиль поведения, в том числе, связанный с аутоагрессивным поведением, является перенятым у родителя, злоупотребляющего алкоголем. Поскольку при беглой оценке, в значительной степени совпадает с аутоагрессивным профилем мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, продемонстрированным в других исследованиях [30, 61].

ЮМА представляются менее аутоагрессивной группой из всех рассматриваемых юношеских подгрупп, даже с учетом того факта, что многие суицидологические показатели у них значительно превышают таковые в контрольной группе. Возможно, это связано с тем, что молодые люди, воспитанные матерью, зависимой от алкоголя, ежедневно видя проявления ее болезни, берут на себя часть ответственности за ее жизнь, заботятся о ней, решают ежедневные бытовые задачи, проходя процесс парентификации, который часто встречается у ВДА.

ЮМОА из исследуемых подгрупп юношей, как и из всей популяции ВДА, обнаруживают у себя самое большое количество аутоагрессивных паттернов. Помимо наиболее высоких значений классических аутоагрессивных паттернов поведения (суицидальные мысли, суицидальные действия), у ЮМОА значительно выше показатели КПСН и КПСН за последние 2 года. Несуицидальные аутоагрессивные паттерны поведения представлены рискованно-виктимным и наркологическим направлениями. ЮМОА в большей степени, чем ЮМА, склонны к переживанию комплекса гипотимных переживаний, повышенной гетееагрессивности, расстройству восприятия своего тела. Они являются наиболее злоупотребляющей алкоголем подгруппой, принявших в исследовании юношей ВДА. Ряд личностных показателей достигают максимальных значений у ЮМОА, в частности, значения

шкалы AX/IN теста STAXI (отвечающей за направленность агрессии «на себя»). Их личностный профиль отражает предрасположенность к подавленности, раздражительности, злопамятности и враждебности, повышенной чувствительности и ранимости.

Наглядное представление ряда аутоагрессивных паттернов в исследуемых подгруппах молодых людей из семей, где родитель (ли) страдал алкогольной зависимостью, приведено на рисунке 5.



1. Суицидальная попытка в анамнезе;
2. Суицидальные мысли в анамнезе;
3. Несуицидальное самоповреждающее поведение;
4. Склонность к неоправданному риску;
5. Злоупотребление алкоголем.

Рисунок 5 – Аутоагрессивные паттерны в подгруппах ЮРА

На рисунке 6 продемонстрирована тенденция к практически линейному нарастанию выраженности суицидологических признаков в мужских подгруппах.

Сразу оговоримся, что суицидальных попыток в исследовании больше обнаружено у юношей ВДА (см. рис. 3 и рис. 6), тогда как общеизвестным фактом является устоявшееся мнение, что в общей популяции количество попыток должно быть больше в женской популяции [42, 43]. С чем связана данная находка – нуждается в дальнейшем уточнении, однако логичным будет предположить именно влияние факта ВДА, формирующего весьма специфические мужские и женские группы в суицидологическом плане. Данный график наглядно демонстрирует нарастание количества суицидальных идеаций в зависимости от пола и количества родителей, больных алкогольной зависимостью. Практически та же

закономерность прослеживается и в отношении суицидальных попыток, имевших место в анамнезе.

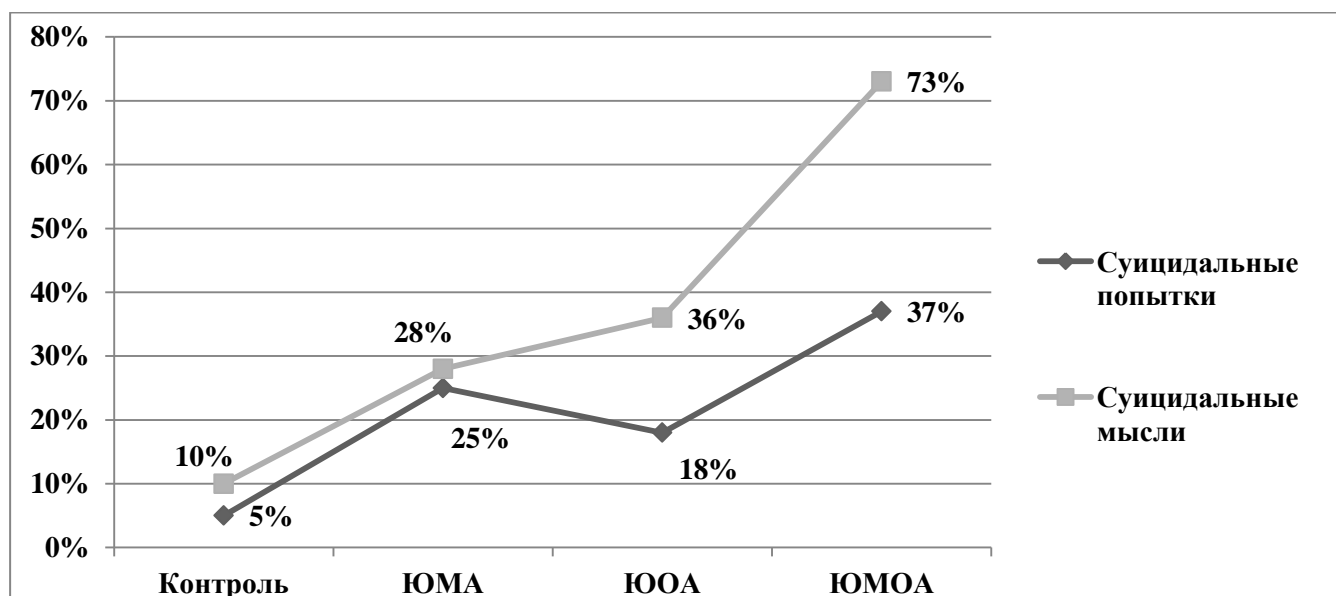


Рисунок 6 – Тренд представленности суицидальных мыслей и попыток в мужских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью

При сопоставлении данного графика с аналогичным, составленным по женским подгруппам ВДА можно предположить, что при наличии в семье двух родителей, страдающих алкогольной зависимостью, нивелируется влияние пола. ДМОА и ЮМОА являются самыми неблагополучными группами в суицидологическом отношении в своих «ячейках», тем не менее, ЮМОА имеют большее разнообразие направлений реализации аутоагрессивных импульсов, как количественную представленность ряда из них, чем ДМОА, что, вероятно, продиктовано социо-культуральными и поло-ролевыми представлениями и установками.

Рисунок 7 демонстрирует выраженность долей подгрупп ЮРА внутри основной группы по количеству, имеющих оцениваемый признак.

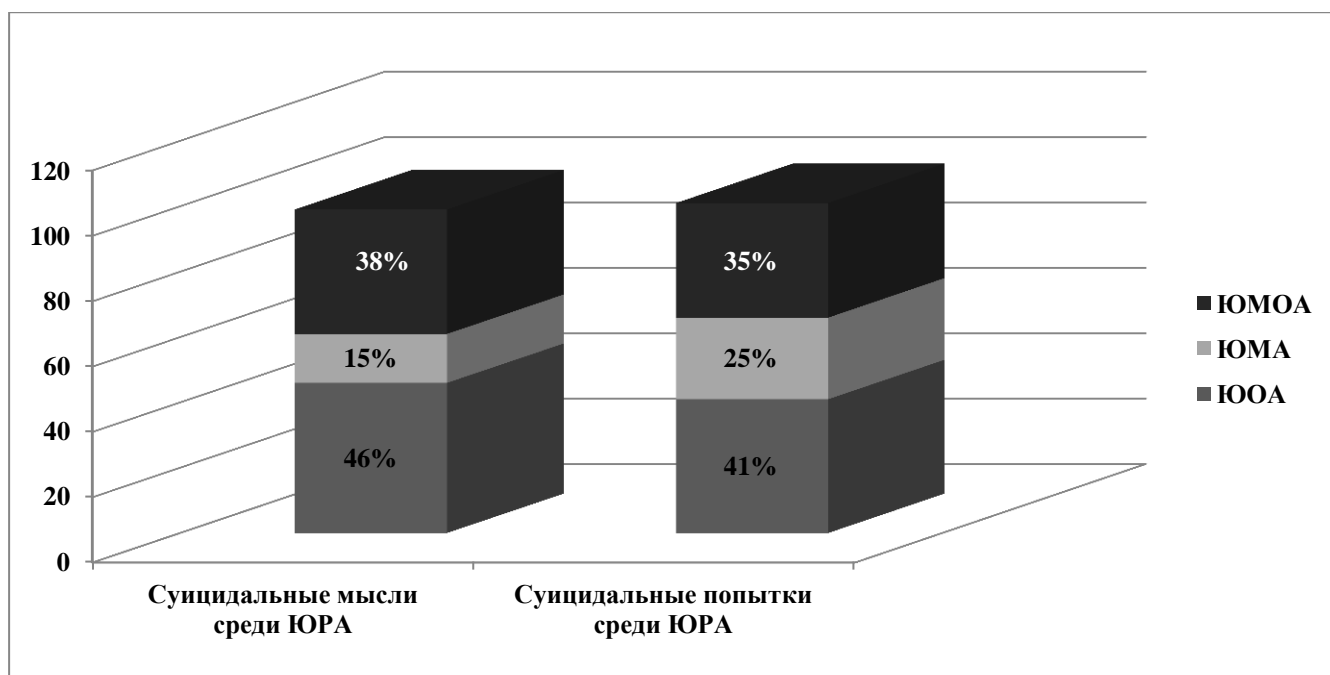


Рисунок 7 – Выраженность долей подгрупп ЮРА в отношении их вклада в консолидированные показатели суицидальной аутоагрессивности

Из представленной иллюстрации видны подгруппы ЮРА, которые «отвечают» за 2/3 вклада в формирование рассматриваемых признаков в показатели консолидированной группы юношей ВДА.

Ниже в таблице представлены обнаруженные в исследуемых подгруппах психические расстройства.

При анализе данных таблицы 4.2 обращает на себя внимание увеличение частоты выявления психических расстройств в зависимости от числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью. Как и в случае с ДМА, ЮМА в отличие от ЮОА более активно проявляют спектр невротических расстройств, так или иначе, связанных с тревогой (паническое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства).

Возможно, данное наблюдение можно расценить с позиции «руинирования семейного благополучия» при наличии алкогольной зависимости у матери. При этом также стоит отметить, что обнаруженные психические расстройства по ча-

стоте выявляемости статистически значимо не отличаются от контрольной группы.

Таблица 4.2 – Представленность обнаруженных психических расстройств в исследуемых юношеских подгруппах

Нозология	ЮРА n = 135 Абс./отн.	ЮМА n = 31 Абс./отн.	ЮОА n = 74 Абс./отн.	ЮМОА n = 30 Абс./отн.
Депрессивный эпизод в прошлом (F 32)	24/18%	5/16%	11/15%	8/27%
Социальные фобии (F 40.1)	4/3%	--	--	3/10%
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F 41.0)	8/6%	3/6%	1/1%	2/7%
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	5/4%	2/6%	3/4%	3/10%
Обсессивно-компульсивные расстройства (F 42.)	3/2%	1/3%	--	2/7%
Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)	1/0,7%	--	--	1/0,7%

Таким образом, в отношении основных классических аутоагрессивных паттернов поведения группы юношей, у которых родители страдают алкогольной зависимостью, по степени увеличения суицидального риска располагаются в следующем порядке ЮМА→ЮОА→ЮМОА. Похожая закономерность сохраняется в отношении ряда несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, предикторов аутоагрессивного поведения и некоторых значений использованных в исследовании психологических методик.

В группе девушек из семей, в которых хотя бы один из родителей (или оба) страдал алкогольной зависимостью, данный порядок несколько иной: ДОА→ДМА→ДМОА.

С учетом полученных данных, можно предположить существование модели «научения», перенятии поло-ролевого поведения у родителя своего пола, если тот злоупотребляет алкоголем. Это касается как вероятных наркологических проблем ребенка, так и ряда суицидологических особенностей. Безусловно, в полученные результаты не позволяют судить о превалировании уровня генетического влияния и средового (в том числе, воспитательного) воздействия, однако создают понятные перспективы дальнейшего научного поиска.

В случаях, когда родитель противоположного пола оказывается зависимым, во внимание стоит принимать половую принадлежность ребенка. В случае с девушками, когда отец страдает алкогольной зависимостью, их можно отнести к группе относительно низкого суицидального риска, сопоставимого с таковым в контрольной, нормативной группе. Тот же вывод можно сделать и в отношении риска развития собственной алкогольной зависимости. Их аутоагрессивный профиль, скорее, отражает реакцию на актуальный стресс, связанный с проживанием в семье с алкогольным аддиктом. Возможно, данное наблюдение связано с той ролью, которое отводится отцу в воспитании дочери, так как, в этом случае большую часть времени с ребенком проводит мать, в период полового созревания социо-культуральные нормы еще больше разделяют общение дочери с отцом в виду становления гендерно обусловленных интересов и особенностей.

В то же время, у юношей, в случае, если мать страдает алкогольной зависимостью, в меньшей степени, чем у других лиц из исследуемых подгрупп ЮРА выявляется зависимое поведение, в большей степени, наряду с немногочисленными суицидальными попытками и мыслями в анамнезе, выявляются гипотимные чувства, степень выраженности которых уступает лишь юношам, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью. В отношении обнаруживаемых аффективных нарушений у ЮМА весьма любопытным будет сопоставлении их с похожими феноменами, обнаруживаемыми у женщин, страдающих алкогольной зависимостью [54], что значимо их отличает от аналогичных показателей злоупотребляющих алкоголем мужчин.

Наконец, при проведении сравнений между исследуемыми подгруппами ВДА, и юноши, и девушки, у которых оба родителя страдают алкогольной зависимостью, демонстрируют наиболее неблагоприятные показатели в отношении практически всех используемых в исследовании индикаторов.

В данном случае выраженность и спектр аутоагрессивной активности обусловлены больше полом ребенка.

Данное исследование убедительно демонстрирует гетерогенность феномена ВДА в зависимости от пола и количества паретнальных фигур, страдающих алко-



гольной зависимостью, а также от пола самого ВДА. Это существенно обогащает теоретические представления и наши знания о таком распространенном в современном обществе феномене – ВДА, существенно расширяя его феноменологию и конкретизируя суицидологическое значение. Что, безусловно, с успехом можно использовать в практической суицидологической и наркологической практике. С уверенностью можно говорить о том, что прояснение алкогольного анамнеза родителя(ей), является одной из ключевых точек для суицидологической практики, кризисных служб, а также профильных специалистов (психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов) для установления прогноза и нахождения коррекционных терапевтических мишеней.

Работа создаёт перспективное направление для дальнейших научных изысканий в этой области. Например, исследованию аутоагрессивных характеристик ВДА и их возможных изменений в зависимости от открытости родительской семейной системы [30, 32], от воспитания в условиях полной и неполной семей, проведения генетического типирования обследуемых для определения степени выраженности влияния генотипа на появления аутоагрессивного поведения.

## ВЫВОДЫ

1. Юноши и девушки, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей или оба страдают алкогольной зависимостью, с позиций суицидологической практики совокупно представляют собой достаточно неблагоприятные группы, что является слишком обобщенной позицией, не учитывающей особенности влияния алкогольной зависимости матери, отца, либо обоих родителей.

2. Влияние пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью, на суицидологические характеристики их взрослых детей различно. Наличие двух родителей, страдающих алкогольной зависимостью, оказывает заметно более негативное влияние на суицидологические характеристики взрослых детей, при этом утрачиваются их характерные суицидологические особенности, обнаруживаемые при наличии алкогольной зависимости у одного родителя.

3. Пол ребенка из семей, где один родитель или оба страдают алкогольной зависимостью, имеет значение в формировании их суицидологических особенностей:

3.1. Подгруппа девушек, отец которых страдает алкогольной зависимостью, по спектру своих суицидологических характеристик не отличается от группы контроля.

3.2. Подгруппа девушек, мать которых страдает алкогольной зависимостью, не имея значимых отличий в отношении суицидальной аутоагрессии, тем не менее, имеют высокий риск формирования собственных наркологических расстройств (копирование родительской наркологической траектории), что в перспективе будет ассоциировано с высоким риском аутоагрессивного поведения.

3.3. Подгруппа юношей, у которых мать страдает алкогольной зависимостью, характеризуется высокой частотой выявления суицидальных паттернов и разнообразными несуйцидальными аутоагрессивными модусами поведения, тем не менее, является наименее аутоагрессивной по сравнению с другими исследованными юношескими подгруппами.

3.4. Подгруппа юношей, у которых отец страдает алкогольной зависимостью, в отношении суицидологических характеристик сходна с подгруппой юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью, но по частоте выявляемости аутоагрессивных паттернов опережает последнюю. Имеется высокий риск формирования собственных наркологических расстройств.

3.5. Юноши и девушки, выросшие в семье, в которой оба родителя страдают алкогольной зависимостью, отличаются значительной количественной эскалацией аутоагрессивных паттернов (как суицидальных, так и несуйцидальных), при этом значение их пола нивелируется.

4. Юноши и девушки, выросшие в семьях, где хотя бы один из родителей страдает алкогольной зависимостью, с позиций суицидологической практики представляют собой разнородную группу, вариабельность которой, в частности, зависит от пола родителя, зависимого от алкоголя, их числа и пола ребенка.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

1. Для профилактики аутоагрессивного поведения среди ВДА необходимо учитывать пол родителя, страдающего алкогольной зависимостью, а также - пол обратившегося ВДА.

2. Еще на этапе сбора анамнеза возможно предположить риск аутоагрессивного поведения у интервьюируемого при установлении факта наличия алкогольной зависимости у родителей, а значит - сделать опрос более фокусным и целенаправленным в суицидологическом контексте.

3. При обращении ВДА за психологической, психотерапевтической и/или психиатрической, наркологической помощью необходимо проводить скрининговый опрос, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем.

4. В практической работе знание о возможных вариантах проявления аутоагрессивного поведения, паттернах, а также предикторах и личностных особенностях ВДА в зависимости от их пола, а также от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, поможет профильным специалистам, психотерапевтам, психологам, работникам кризисных служб вовремя диагностировать аутоагрессивное поведение, включая классическое суицидальное, и в соответствии с этим проводить комплексное терапевтическое вмешательство.

5. Указание на количество родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, а также на то, кто из родителей злоупотребляет алкоголем, позволяет более дифференцировано строить диагностический поиск, а также – максимально персонифицировать дальнейшую профилактическую или терапевтическую активность. Также подобная конкретизация «семейной алкогольной истории» может эффективно направлять клинический поиск врача в отношении точек верификации аутоагрессивной активности, ее выраженности,

даже несмотря на кажущееся и внешне демонстрируемое социальное благополучие.

6. Указание на то, что у ВДА, независимо от пола обратившегося, родитель его пола или оба родителя страдают алкогольной зависимостью, должно насторожить специалиста в плане возможного формирования у респондента алкогольной аддикции. Это может потребовать профильной консультации у психиатра – нарколога, или прохождения обратившимся скрининговых тестов – опросников для выявления аддикции к алкогольным напиткам. Данный момент имеет серьезное значение и для суицидологической практики, поскольку формирующаяся наркологическая патология выводит риски аутоагрессивного поведения на качественно и количественно иной уровень.

С учетом обнаруженных в ходе исследования данных перспективной является разработка скрининговых опросных листов, позволяющих выявлять риск аутоагрессивного поведения на основе оценки комплекса предикторов такого поведения, к каковым, безусловно, относятся и выявленные в данном исследовании.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВДА – взрослые дети алкоголиков

ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью

ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью

ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью

ДРА - девушки, хотя бы один родитель которых, страдает алкогольной зависимостью

ЗПМ – защитный психический механизм

КПСН – коэффициент просуицидальной напряженности

ПАВ – психоактивные вещества

ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью

ЮМОА – юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью

ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью

ЮРА – юноши, хотя бы один родитель которых, страдает алкогольной зависимостью

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агазаде, Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Н.В. Агазаде. - Москва, 1989. - 339 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
2. Агибалова, Т.В. Алкогольная зависимость с позиций транзакционного анализа / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузык. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2007. - Т. 111, выпуск 1: Алкоголизм. - С. 71-73.
3. Акопов, А.Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни личности / А.Ю. Акопов. – Санкт-Петербург: Речь, 2008. - 224 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
4. Байкова, М.А. Взрослые дети алкоголиков: неоднородность явления с позиций суицидологической практики на примере женской группы / М.А. Байкова, А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2019. - № 1 (172). - С. 43-52.
5. Байкова, М.А. Влияние алкоголизма родителей на суицидологические и личностно-психологические характеристики потомства / М.А. Байкова, А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2018. - Т. 26, № 4. - С. 547-558.
6. Байкова, М.А. Влияние пола детей, воспитанных в семьях больных алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики / М.А. Байкова, А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. - 2019. - Т. 10, № 2 (35). - С. 42-55.
7. Байкова, М.А. Гетерогенность феномена «Взрослых Детей Алкоголиков» с позиции аутоагрессивности: влияние парентальной аддиктивной фигуры / М.А. Байкова, А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. - 2018. - Т. 9, № 3 (32). - С. 53-62.

8. Байкова, М.А. Гетерогенность феномена «Взрослых Детей Алкоголиков» с позиции суицидологии на примере мужской когорты / М.А. Байкова, А.В. Меринов, О.В. Казаева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. - 2018. - Т. 9, № 4 (33). - С. 35-46.
9. Башманов, В.В. Феномен созависимости медико-психо-социальный аспект / В.В. Башманов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. - 2015. - Т. 9, № 1. - С. 5-3.
10. Валентик, Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота. - Москва: Литера, 2002. - 254 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
11. Вассерман, Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Д. Вассерман; пер. с английского Е. Ройне. – Москва: Смысл, 2005. – 310 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
12. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Москва, 2012. - 48 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
13. Гречишкина, А.П. Медицинские и психофизиологические аспекты семейных отношений: монография / А.П. Гречишкина. - Бердянск: БердГПУ, 2004. - 208 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.
14. Грязнов, А.Н. Особенности студентов склонных к аддиктивному поведению / А.Н. Грязнов, В.Е. Баскакова, Э.С. Шарафиев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы современного педагогического образования. - 2017. - № 54-5. - С. 320-326.
15. Грязнов, А.Н. Социально-психологические проблемы и последствия алкоголизма / А.Н. Грязнов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Неврол. вестн. - 2004. - Т. 36, вып. 3-4. - С. 49-57.
16. Емельянова, Е.А. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.А. Емельянова. - Москва: Речь, 2008. - 368 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.



17. Зайцев, В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психол. журн. - 1981. - Т. 2, № 3. - С. 118-123.
18. Иванец, Н.Н. Лечение алкогольной зависимости / Н.Н. Иванец, М.А. Кинкулькина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - Т. 3, № 3. - С. 80-83.
19. Иванец, Н.Н. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Алкогольная болезнь. - Москва: ВИНТИ, 2000. - № 1. - С. 3-8.
20. Исаева, Э.Г. Картина личности и зависимость от психоактивных веществ / Э.Г. Исаева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопр. наркологии. - 2006. - № 5. - С. 86-93.
21. Калиниченко, О.Ю. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска / О.Ю. Калиниченко, В.А. Малыгин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. - 2005. - Т. 12, № 3-4. - С. 36-38.
22. Кибитов, А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики / А.О. Кибитов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. - Т. 25, № 1. - С. 98-104.
23. Кожина, Е.Ю. Влияние семьи как один из факторов становления личности подростка. Профилактика аддиктивного поведения / Е.Ю. Кожина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Известия Воронежского государственного педагогического университета. - 2016. - № 3 (272). - С. 194-199.
24. Королёва, Е.Г. Алкоголь и потомство / Е.Г. Королёва. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2015. - № 4 (52). - С. 103-107.
25. Кузнецова, И.Н. Опыт работы с взрослыми детьми алкоголиков по теме «Чувство собственного достоинства» / И.Н. Кузнецова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы педагогики. – 2017. - № 6 (29). - С. 36-40.

26. Литвинова, В.В. Клинико – психологические особенности взрослых детей алкоголиков / В.В. Литвинова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Тюменский медицинский журнал. - 2017. - Т. 19, № 1. - С. 33-36.

27. Лукашук, А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей / А.В. Лукашук. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста: материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов / ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. – Рязань, 2016. - С. 169-170.

28. Лукашук, А.В. Связь алкогольной зависимости родителей и аддиктивного поведения их детей / А.В. Лукашук, М.Д. Филиппова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2015. - № 2 (9). - С. 32-39.

29. Мартынова, А.А. Трансгенерационные механизмы трансляции химических зависимостей потомству / А.А. Мартынова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2016. - № 3. - С. 40-44.

30. Меринов, А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А.В. Меринов. - Москва, 2012. - 48 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

31. Меринов, А.В. Аутоагрессивное поведение супругов в алкогольном браке (клинико-терапевтический аспект): учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов, интернов, врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов / А.В. Меринов, Д.И. Шустов. - Рязань: РязГМУ, 2005. - 82 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

32. Меринов, А.В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. - 2010. - № 9. - С. 59-63.

33. Меринов, А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. - 2010. - № 3. - С. 77-80.

34. Меринов, А.В. Взрослые дети алкоголиков: суицидологические и экспериментально – психологические характеристики / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2015. - Т. 14, № 1. - С. 97-102.

35. Меринов, А.В. Распространенность химических аддикций у «Взрослых детей алкоголиков» / А.В. Меринов, А.В. Лукашук, М.Д. Филиппова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Тюменский медицинский журнал. - 2015. - Т. 17, № 4. - С. 21-24.

36. Молоткова, С.В. Опыт изучения созависимых родственников в семье с химическим аддиктом / С.В. Молоткова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Калужского университета. - 2015. - № 3 (28). - С. 114-118.

37. Москаленко, В.Д. Наркологические, психопатологические нарушения, психологические проблемы в популяции взрослых сыновей и дочерей больных зависимостями / В.Д. Москаленко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. - 2006. - № 3. - С. 55-61.

38. Москаленко, В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании / В.Д. Москаленко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. - 2007. - № 3. - С. 25-30.

39. Панченко, Е. А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения / Е. А. Панченко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Фундаментальные аспекты психического здоровья. - 2015. - № 3. - С. 33-35.

40. Положий, Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б. С. Положий. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. - 2015. - Т. 6, № 1 (18). - С. 3-7.

41. Положий, Б.С. Место и роль суицидологии в клинической медицине / Б.С. Положий. – Текст (визуальный) : непосредственный // Материалы XIV съез-

да психиатров России (Москва, 15-18 ноября 2005 г.). - Москва, 2005. - С. 446-447.

42. Положий, Б.С. Национальное руководство по суицидологии / Б.С. Положий.- Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 600 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

43. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. – Москва : ГНЦССП, 2010. - 229 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

44. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – Санкт-Петербург: Речь, 1999. - 128 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

45. Психологически проблемы современной семьи: опыт изучения и практики работы: монография / М.И. Розенова, Л.А. Асламазова, В.В. Ермолаев [и др.]; под ред. М.И. Розеновой. – Москва: ИИУ МГОУ, 2016. – 178 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

46. Разводовский, Ю.Е. Эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю.Е. Разводовский. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. - 2017. - № 6. - С. 61-63.

47. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2006. - 312 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

48. Резвая, Т.Н. Психологический анализ феномена созависимости / Т.Н. Резвая, А.С. Самсонов, Л.А. Куташова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Центральный научный вестник. - 2017. - Т. 2, № 1 (18). - С. 26-34.

49. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) / С.Л. Соловьева, А.А. Меркурьева, М.В. Ковалева [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Сиб. психол. журн. - 2000. - Вып. 13. - С. 90-93.

50. Розанов, В.А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – ещё один вероятный биологический фактор суицида / В.А. Розанов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 3. – С. 3-19.

51. Руженков, В.А. Аддиктивное поведение студенческой молодежи: систематика, распространенность, клиника и профилактика / В.А. Руженков, И.С. Лукьянцева, В.В. Руженкова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2015. - Т. 30, № 10 (207). - С. 13-25.

52. Руженков, В.А. Аутодеструктивное поведение подростков мужского пола (клиника, классификация, прогноз) / В.А. Руженков, Г.А. Лобов, А.В. Боева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психическое здоровье. - 2009. - Т. 7, № 10 (41). - С. 30-35.

53. Руженков, В.А. Концепции суицидального поведения / В.А. Руженков, В.В. Руженкова, А.В. Боева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. - 2012. - Т. 3, № 4 (9). - С. 52-59.

54. Сравнительная характеристика аутоагрессивного спектра, личностно-психологических характеристик женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. - 2016. - Т. 15, № 12 (180). - С. 68-73.

55. Суицидальное поведение при семейно-личностных конфликтах / Т.В. Буткова, А. В. Бадалян, С. А. Саркисов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2010. - Т. 110, вып. 10. - С. 53-57.

56. Тащёва, А.И. Созависимость девушек из алкогольных семей в зеркале проблемного поведения / А.И. Тащёва, С.В. Бедрединова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психологические проблемы современной семьи сборник тезисов VI Международной научной конференции / под ред. О.А. Карабановой, Е.И. Захаровой, С.М. Чурбановой, Н.Н. Васягина. – Москва ; Звенигород, 2015. - С. 640-645.

57. Узлов, Н.Д. Вина, стыд и личностные особенности матерей, чьи взрослые дети страдают алкогольной и наркотической зависимостью / Н.Д. Узлова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. - 2016. - Т. 6. - С. 325-333.

58. Цуканова, И.С. Алкогольная зависимость как вариант саморазрушающего поведения / И.С. Цуканова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Тюменский медицинский журнал. - 2017. - Т. 19, № 1. - С. 36-41.

59. Цыганков, Б.Д. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография / Б.Д. Цыганков, С.В. Ваулин. - Смоленск: СГМА, 2012. – 232 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

60. Штайнер, К. Сценарии жизни людей / К. Штайнер. – Санкт-Петербург: Питер, 2018. - 416 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

61. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. - Москва: Когито-Центр, 2005. - 214 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

62. Шустов, Д.И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - Москва, 2000. - 20 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

63. Шустов, Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу / Д.И. Шустов. - Москва: Когито-центр, 2009. - 366 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

64. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism / M.A. Schuckit, T.L. Smith, G. Danko [et al.]. – Text : visual // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2018. - Vol. 42, № 9. - P. 1704–1714. DOI: 10.1111/acer.13810

65. A family history of alcoholism relates to alexithymia in substance use disorder patients / H.A. De Haan, E.A. Joosten, L. De Haan [et al.] . – Text : visual // Comprehensive Psychiatry. – 2013. – Vol. 54, № 7. – P. 911–917. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.03.021

66. Abnormal behavior associated with the point mutation in the structural gene for monoamine oxidase / H.G. Brunner, M. Nelen, X.O. Breakfield [et al.]. – Text : visual // *A. Science.* – 1993. – Vol. 262. – P. 578-580. DOI: 10.1126/science.8211186
67. Adolescence and parental history of alcoholism: insights from the sleep EEG / L. Tarokh, E. Van Reen, C. Acebo [et al.]. – Text : visual // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2012. - Vol. 36, № 9. - P. 1530–1541. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2012.01756.x
68. Adulthood functioning: the joint effects of parental alcoholism, gender and childhood socio-economic stress / E.M. Hill, L.T. Ross, S.A. Mudd [et al.]. – Text : visual // *Addiction.* – 1997. – Vol. 92. – P. 583–96.
69. Affective circuitry and risk for alcoholism in late adolescence: differences in frontostriatal responses between vulnerable and resilient children of alcoholic parents / M.M. Heitzeg, J.T. Nigg, W.W. Yau [et al.]. – Text : visual // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2008. - Vol. 32, № 3. - P. 414–26. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00605.x
70. Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics / A.L. Braitman, M.L. Kelley, J. Ladage [et al.]. – Text : visual // *Journal of Alcohol and Drug Education.* – 2009. – Vol. 53. – P. 69 –88.
71. Alcohol problem recognition and help seeking in adolescents and young adults at varying genetic and environmental risk / J.E. Glass, J.D. Grant, H.Y. Yoon [et al.]. – Text : visual // *Drug Alcohol Depend.* - 2015. - Vol. 153. - P. 250–257. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.006
72. Alcoholism and timing of separation in parents: findings in a midwestern birth cohort / M. Waldron, K.K. Bucholz, M.T. Lynskey [et al.]. – Text : visual // *J. Stud. Alcohol Drugs.* - 2013. - Vol. 74, № 2. - P. 337–348. DOI: 10.15288/jsad.2013.74.337
73. Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning / M.L. Drapkin, D. Eddie, A.J. Buffington [et al.]. – Text : visual // *Alcohol Alcohol.* - 2015. - Vol. 50, № 4. - P. 463–469. DOI: 10.1093/alcalc/agt023
74. An intervention program for university students who have parents with alcohol problems: a randomized controlled trial / H. Hansson, J. Rundberg, U. Zetterlind

[et al.]. – Text : visual // Alcohol Alcohol. - 2006. - Vol. 41, № 6. - P. 655–63. DOI: 10.1093/alcalc/agl057

75. Andreas, J.B. Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcohol-dependent fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems / J.B. Andreas, T.J. O'Farrell. – Text : visual // J. Subst. Abuse Treat. - 2009. - Vol. 36, № 1. - P. 87–100. DOI: 10.1016/j.jsat.2008.05.006

76. Anguelova, M. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior / M. Anguelova, C. Benkelfat, G. Turecki . – Text : visual // Mol. Psychiatry. – 2003 – Vol. 8. – P. 646–653. DOI: 10.1038/sj.mp.4001336

77. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide / C. Nagy, M. Suderman, J. Yang [et al.]. – Text : visual // Molecular Psychiatry. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 320-328. DOI: 10.1038/mp.2014.21

78. Attention-deficit hyperactivity disorder moderates the life stress pathway to alcohol problems in children of alcoholics / M.P. Marshal, B.S.G. Molina, W.E. Pelham [et al.]. – Text : visual // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2007. - Vol. 31, № 4. - P. 564–574. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00340.x

79. Attitude toward alcoholics and their families / J. Sułek, M. Korbel-Pawlas, D. Czarnecki [et al.]. – Text : visual // J. Physiol. Pharmacol. - 2006. - Vol. 57, № 4. - P. 349–358.

80. Baker, D.E. Personality characteristics of adult children of alcoholics / D.E. Baker, L.A. Stephenson. – Text : visual // Journal of Clinical Psychology. – 1955. - Vol. 51. – P. 694–702. DOI: 10.1002/1097-4679(199509)51:5<694::aid-jclp2270510515>3.0.co;2-j

81. Balsa, A.I. The health effects of parental problem drinking on adult children / A.I. Balsa, J.F. Homer, M.T. French. – Text : visual // J. Ment. Health Policy Econ. - 2009. - Vol. 12, № 2. - P. 55–66.

82. Barnow, S. Alcohol problems in adolescence with reference to high risk children of alcoholic parents. Results of a family study in Mecklenburg Vorpommern / S.



Barnow, M. Lucht, H.J. Freyberger. – Text : visual // *Nervenarzt*. - 2002. - Vol. 73, № 7. - P. 671–9. DOI: 10.1007/s00115-002-1309-0

83. Bauer, D. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents / D. Bauer, A. Hussong. – Text : visual // *J. Abnorm. Psychol.* - 2010. - Vol. 117, № 1. - P. 63–78.–498.

84. Beesley, D. Control, attachment style, and relationship satisfaction among adult children of alcoholics / D. Beesley, C.D. Stoltenberg. – Text : visual // *J. Ment. Health Counsel.* - 2002. - №. 24. - P. 281-298.

85. Berkowitz, A. Personality characteristics of children of alcoholics / A. Berkowitz, H.W. Perkins. – Text : visual // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988 – Vol. 56. – P. 206–209. DOI: 10.1037//0022-006x.56.2.206

86. Berlin, R. Adaptive and reactive distancing among adolescents from alcoholic families / R. Berlin, R.B. Davis, A. Orenstein. – Text : visual // *Adolescence*. – 1988. – Vol. 23. – P. 577–584.

87. Biphasic stimulant and sedative effects of ethanol: are children of alcoholics really different? / J. Erblich, B. Erblich, M. Earleywine [et al.]. – Text : visual // *Addict. Behav.* - 2003. - Vol. 28, № 6. - P. 129–139.

88. Black, C. The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic / C. Black, S.F. Bucky, S. Wilder-Padilla. – Text : visual // *International Journal of the Addictions*. – 1998 – Vol. 21, № 2. – P. 213–231. DOI: 10.3109/10826088609063451

89. Children’s exposure to parental conflict after father’s treatment for alcoholism / D. Rounsaville, T.J. O’Farrell, J.B. Andreas [et al.]. – Text : visual // *Addict. Behav.* - 2014. - Vol. 39, № 7. - P. 1168–1171. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.03.017

90. Collins, R.L. Helping ACOAs / R.L. Collins. – Text : visual // *Contemp. Psychol. A J. Rev.* - 1991. - Vol. 36, № 1. - P. 62–63.

91. Coping Behavior and Depressive Symptoms in Adult Children of Alcoholics / K. Klostermann, R. Chen, M.L. Kelley [et al.]. – Text : visual // *Subst. Use Misuse*. - 2011. - Vol. 46, № 9. - P. 1162–1168. DOI: 10.3109/10826080903452546

92. Crespi, T.D. Children of alcoholics and adolescence: individuation, development, and family systems / T.D. Crespi, R.M. Sabatelli. – Text : visual // *Adolescence*. - 1997. - Vol. 32, № 126. - P. 407–17.
93. Cuijpers, P. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors / P. Cuijpers, Y. Langendoen, R.V. Bijl. – Text : visual // *Addiction*. - 1999. - Vol. 94, № 10. - P. 1489–1498. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1999.941014895.x
94. Dawson, D.A. Parental history of alcoholism and probability of marriage / D.A. Dawson, B.F. Grant, T.C. Harford. – Text : visual // *Subst. Abuse*. – 1992. – Vol. 4. – P. 117–29. DOI: 10.1016/0899-3289(92)90012-m
95. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents / A.M. Hussong, D.B. Flora, P.J. Curran [et al.]. – Text : visual // *Dev. Psychopathol.* – 2008. – Vol. 20. – P. 165–193. DOI: 10.1017/S0954579408000084
96. Design of a Web-based individual coping and alcohol-intervention program (web-ICAIP) for children of parents with alcohol problems: study protocol for a randomized controlled trial / T.H. Elgán, H. Hansson, U. Zetterlind [et al.]. – Text : visual // *BMC Public Health*. - 2012. - Vol. 12, № 1. - P. 35-47. DOI: 10.1186/1471-2458-12-35
97. Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms / A.M. Hussong, L. Chassin, D.B. Flora [et al.]. – Text : visual // *J. Abnorm. Child. Psychol.* – 2008. – Vol. 36. – P. 335–346. DOI: 10.1007/s10802-007-9181-9
98. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide / J.A. Gross, L.M. Fiori, B. Labonté [et al.]. – Text : visual // *Journal of Psychiatric Research*. – 2013. – Vol. 47, № 4. – P. 513-519. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.016
99. Eiden, R.D. Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families / R.D. Eiden, E.P. Edwards, K.E. Leonard. – Text : visual // *Development and Psychopathology*. – 2002. – Vol. 14. – P. 253–278. DOI: 10.1017/s0954579402002043

100. Elgán, T.H. Prevalence of adolescents who perceive their parents to have alcohol problems: A Swedish national survey using a web panel / T.H. Elgán, H. Leifman. – Text : visual // *Scand. J. Public Health.* - 2013. - Vol. 41, № 7. - P. 680–683. DOI: 10.1177/1403494813491859

101. Epigenetic modifications associated with suicide and common mood and anxiety disorders: a review of the literature / A.M. El-Sayed, M.R. Haloosim, S. Galea [et al.]. – Text : visual // *Biology of Mood and Anxiety Disorders.* – 2012. – Vol. 2. – P. 10-24. DOI: 10.1186/2045-5380-2-10

102. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse / P.O. McGowan, A. Sasaki, A.C. D'Alessio [et al.]. – Text : visual // *Nature Neuroscience.* – 2009. – Vol. 12, № 3. – P. 342–348. DOI: 10.1038/nn.2270

103. Experimentally induced aggressiveness in adult children of alcoholics (ACOAs): preliminary behavioral and neuroendocrine findings / G. Gerra, A. Zaimovic, R. Sartori [et al.]. – Text : visual // *J. Stud. Alcohol.* - 1999. - Vol. 60, № 6. - P. 776–83. DOI: 10.15288/jsa.1999.60.776

104. Feldstein Ewing, S.W. The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth / S.W. Feldstein Ewing, A. Sakhardandeb S.J. Blakemore. – Text : visual // *NeuroImage: Clinical.* – 2014. – Vol. 5. – P. 420–437. DOI: 10.1016/j.nicl.2014.06.011

105. Ferraro, F.R. Preservation of implicit memory in adult children of alcoholics / F.R. Ferraro, M. Gabriel. – Text : visual // *J. Psychol.* - 2003. - Vol. 137, № 4. - P. 373–80. DOI: 10.1080/00223980309600621

106. Filipiak, M. ACOAs sexual activity. Research report / M. Filipiak, K. Waszyńska. – Text : visual // *Seksuologia Pol.* - 2009. – Vol 2. – P. 214–226.

107. Gašior, K. Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics / K. Gašior. – Text : visual // *Alcohol. Drug Addict.* - 2014. - Vol. 27, № 4. - P. 289–304. DOI: 10.1016/S0867-4361(14)70021-5

108. Gender and personality in alcoholism / H.G. Weijers, G.A. Wiesbeck, N. Wodarz [et al.]. – Text : visual // Arch. Women Ment. Health. - 2003 Nov. - Vol. 6, № 4. - P. 245-252. DOI: 10.1007/s00737-003-0013-9

109. Hall, C.W. Traumatic Symptomatology Characteristics of Adult Children of Alcoholics / C.W. Hall, R.E. Webster. – Text : visual // J. Drug Educ. - 2002. - Vol. 32, № 3. - P. 195–211. DOI: 10.2190/U29W-LF3W-748L-A48M

110. Hall, J.C. The impact of kin and fictive kin relationships on the mental health of black adult children of alcoholics / J.C. Hall. – Text : visual // Health Soc. Work. - 2008. - Vol. 33, № 4. - P. 259–66. DOI: 10.1093/hsw/33.4.259

111. Harter, S.L. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature / S.L. Harter. – Text : visual // Clin. Psychol. Rev. - 2000. - Vol. 20, № 3. - P. 311–37. DOI: 10.1016/s0272-7358(98)00084-1

112. Haverfield, M.C. Parent's alcoholism severity and family topic avoidance about alcohol as predictors of perceived stigma among adult children of alcoholics: Implications for emotional and psychological resilience / M.C. Haverfield, J.A. Theiss. – Text : visual // Health Commun. - 2016. - Vol. 31, № 5. - P. 606–616. DOI: 10.1080/10410236.2014.981665

113. Hinrichs, J. Personality subtypes in adolescent and adult children of alcoholics: a two-part study / J. Hinrichs, M.S.J. DeFife, D. Westen. – Text : visual // J. Nerv. Ment. Dis. - 2011. - Vol. 199, № 7. - P. 487–498. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182214268

114. Hong, H.S. Predictors of hospitalization for alcohol use disorder in Korean men / H.S. Hong, J.E. Park, W.J. Park. – Text : visual // J. Korean Acad. Nurs. - 2014. - Vol. 44, № 5. - P. 552–562. DOI: 10.4040/jkan.2014.44.5.552

115. Humphreys, K. World view change in adult children of Alcoholics/Al-Anon self-help groups: reconstructing the alcoholic family / K. Humphreys. – Text : visual // Int. J. Group Psychother. - 1996. - Vol. 46, № 2. - P. 255–63. DOI: 10.1080/00207284.1996.11491497

116. Hunt, M.E. A comparison between MMPI and CPI adult profiles of children of alcoholics and non-alcoholics / M.E. Hunt. – Text : visual // *Subst. Use Misuse*. - 1999. - Vol. 34, № 6. - P. 921–33. DOI: 10.3109/10826089909037249

117. Hunt, M.E. A comparison of family of origin factors between children of alcoholics and children of non-alcoholics in a longitudinal panel / M.E. Hunt. – Text : visual // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. - 1997. - Vol. 23, № 4. - P. 597–613. DOI: 10.3109/00952999709016898

118. Hussong, A.M. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition / A.M. Hussong, L. Chassin. – Text : visual // *Dev. Psychopathol.* - 2004. - Vol. 16, № 4. - P. 985–1006. DOI: 10.1017/s0954579404040106

119. Hussong, A.M. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents / A.M. Hussong, D. Bauer, L. Chassin. – Text : visual // *J. Abnorm. Psychol.* - 2008. - Vol. 117, № 1. - P. 63–78. DOI: 10.1037/0021-843X.117.1.63

120. Impact of fathers' alcohol problems on the development of effortful control in early adolescence / S.E. Adkison, K. Grohman, C.R. Colder [et al.]. – Text : visual // *J. Stud. Alcohol Drugs*. - 2013. - Vol. 74, № 5. - P. 674–83. DOI: 10.15288/jsad.2013.74.674

121. Increased DNA methylation in the suicide brain / F. Haghighi, Y. Xin, B. Chanrion [et al.]. – Text : visual // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 430-438.

122. Jacob, T. Young adult children of alcoholic, depressed and nondistressed parents / T. Jacob, M. Windle. – Text : visual // *J. Stud. Alcohol*. - 2000. - Vol. 61, № 6. - P. 836–844. DOI: 10.15288/jsa.2000.61.836

123. Jennison, K.M. Alcohol dependence in adult children of alcoholics: longitudinal evidence of early risk / K.M. Jennison, K.A. Johnson. – Text : visual // *J. Drug Educ.* - 1998. - Vol. 28, № 1. - P. 19–37. DOI: 10.2190/BRRQ-W96E-UGJN-GA9R

124. Jordan, S. The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts / S. Jordan. – Text : visual // *Bundesgesundheitsblatt Ge-*

sundheitsforschung Gesundheitsschutz. - 2010. - Vol. 53, № 4. - P. 340-346. DOI: 10.1007/s00103-010-1035-x

125. Kearns-Bodkin, J.N. Relationship functioning among adult children of alcoholics / J.N. Kearns-Bodkin, K.E. Leonard. – Text : visual // J. Stud. Alcohol. Drugs. - 2008. - Vol. 69, № 6. - P. 941-950.

126. Kelley, M.L. Relationships among depressive mood symptoms and parent and peer relations in collegiate children of alcoholics / M.L. Kelley, A.S. Selya, Y. Jonk. – Text : visual // Am. J. Orthopsychiatry. - 2010. - Vol. 80, № 2. - P. 204–212. DOI: 10.5888/pcd14.170100

127. Kim, H.K. Factors Influencing Resilience of Adult Children of Alcoholics among College Students / H.K. Kim, M.H. Lee. – Text : visual // J. Korean Acad. Nurs. - 2011. - Vol. 41, № 5. - P. 642. DOI: 10.4040/jkan.2011.41.5.642

128. Kingree, J.B. Mutual help groups, perceived status benefits, and well-being: a test with adult children of alcoholics with personal substance abuse problems / J.B. Kingree, M. Thompson. – Text : visual // Am. J. Community Psychol. - 2000. - Vol. 28, № 3. - P. 325–342. DOI: 10.1023/A:1005153304710

129. Kuhns, M.L. Treatment outcomes with adult children of alcoholics: depression / M.L. Kuhns. – Text : visual // Adv. Pract. Nurs. Q. - 1997. - Vol. 3, № 2. - P. 64–69.

130. Labonte, B. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity / B. Labonte, G. Turecki. – Text : visual // Archives of Suicide Research. – 2011. – Vol. 14, № 4. – P. 291-310. DOI: 10.1080/13811118.2010.524025

131. Lee, M.R. Maturing out of alcohol involvement: Transitions in latent drinking statuses from late adolescence to adulthood / M.R. Lee, L. Chassin, I.K. Villalta. – Text : visual // Dev. Psychopathol. - 2013. - Vol. 25, № 4. - P. 1137–1153. DOI: 10.1017/S0954579413000424

132. Lee, M.R. Role Transitions and Young Adult Maturing Out of Heavy Drinking: Evidence for Larger Effects of Marriage Among More Severe Premarriage Prob-

lem Drinkers / M.R. Lee, L. Chassin, D.P. MacKinnon. – Text : visual // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2015. - Vol. 39, № 6. - P. 1064–1074. DOI: 10.1111/acer.12715

133. Lee, M.R. The Effect of Marriage on Young Adult Heavy Drinking and Its Mediators: Results From Two Methods of Adjusting for Selection Into Marriage / M.R. Lee, L. Chassin, D. MacKinnon. – Text : visual // Psychol. Addict. Behav. - 2010. - Vol. 24, № 4. - P. 712–718. DOI: 10.1037/a0020983

134. Lester, D. Marriage, remarriage suicide and homicide in America / D. Lester. – Text : visual // Psychol. Rep. - 1997. - Vol. 81, №3 (Pt 2). - P. 1082-1091. DOI: 10.2466/pr0.1997.81.3f.1082

135. Lingeswaran, A. Effect of paternal alcohol use on mother, child and adolescent health / A. Lingeswaran. – Text : visual // J. Mental. Health. Hum. Behav. – 2016. – Vol. 21. – P. 36–41. DOI: 10.4103/0971-8990.182091

136. Lockwood, L.E. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions / L.E. Lockwood, S. Su, N.A. Youssef. – Text : visual // Psychiatry Res. – 2015. – Vol. 228, № 3. – P. 235-242. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.05.071

137. MacKrell, T. Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring – Adult offspring and counselor perspectives / T. Mackrill, M. Hesse. – Text : visual // Nord. J. Psychiatry. - 2012. - Vol. 66, № 5. - P. 343–348. DOI: 10.3109/08039488.2011.650196

138. MacKrell, T. The adult children of alcoholics trauma inventory / T. Mackrill, M. Hesse. – Text : visual // Subst. Use Misuse. - 2011. - Vol. 46, № 9. - P. 1099–1104. DOI: 10.3109/10826084.2011.561466

139. McCoy, T.P. Down on the upside: redemption, contamination, and agency in the lives of adult children of alcoholics / T.P. McCoy, W.L. Dunlop. – Text : visual // Memory. - 2017. - Vol. 25, № 5. - P. 586–594. DOI: 10.1080/09658211.2016.1197947

140. Menees, M.M. The specificity of disrupted processes in families of adult children of alcoholics / M.M. Menees, C. Segrin. – Text : visual // Alcohol Alcohol. – 2002. – Vol. 35, № 4. - P. 361–367. DOI: 10.1093/alcalc/35.4.361

141. Mother–Daughter and Father–Daughter Attachment of College Student ACOAs / M.L. Kelley, A. French, V. Schroeder [et al.]. – Text : visual // *Subst. Use Misuse*. - 2008. - Vol. 43, № 11. - P. 1559–1570. DOI: 10.1080/10826080802240906

142. Neural and psychological characteristics of college students with alcoholic parents differ depending on current alcohol use / K.A. Brown-Rice, J.L. Scholl, K.A. Fercho [et al.]. – Text : visual // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. - 2018. - Vol. 81. - P. 284–296. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.09.010

143. Nucleus accumbens response to incentive stimuli anticipation in children of alcoholics: relationships with precursive behavioral risk and lifetime alcohol use / W.-Y.W. Yau, J.-K. Zubieta, B.J. Weiland [et al.]. – Text : visual // *J. Neurosci.* - 2012. - Vol. 32, № 7. - P. 2544–2551. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1390-11.2012

144. O’Farrell, T.J. Alcoholism treatment and the family: do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? / T.J. O’Farrell, M. Feehan. – Text : visual // *J. Stud. Alcohol. Suppl.* - 1999. - Vol. 13. - P. 125–129. DOI: 10.15288/jsas.1999.s13.125

145. P3 event-related potential, dopamine D2 receptor A1 allele, and sensation-seeking in adult children of alcoholics / J.R. Ratsma, O. Van der Stelt, A.N.M. Schoffelmeeer [et al.]. – Text : visual // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2001. - Vol. 25, № 7. - P. 960–967. DOI: 10.1097/00000374-200107000-00003

146. Palmer, N. Resilience in adult children of alcoholics: a nonpathological approach to social work practice / N. Palmer. – Text : visual // *Health Soc. Work.* - 1997. - Vol. 22, № 3. - P. 201–209. DOI: 10.1093/hsw/22.3.201

147. Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescent / J.A. Cranford, R.A. Zucker, J.M. Jester [et al.]. – Text : visual // *Psychol. Addict. Behav.* - 2010. – Vol. 24. – P. 386–96. DOI: 10.1037/a0019801

148. Parental alcohol use disorder and offspring marital outcomes / J.E. Salvatore, S.L. Lönn, E.C. Long [et al.]. – Text : visual // *Addiction* – 2018. – Vol. 92, №3. – P.327-338. DOI: 10.1111/add.14405



149. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies / I. Rossow, L. Felix, P. Keating [et al.]. – Text : visual // *Drug. Alcohol. Rev.* – 2016. – Vol. 35. – P. 397–405. DOI: 10.1111/dar.12319

150. Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics / M.L. Kelley, A. French, K. Bountress [et al.]. – Text : visual // *Addict. Behav.* - 2007. - Vol. 32, № 4. - P. 675–685. DOI: 10.1016/j.addbeh.2006.06.010

151. Park, S. A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics / S. Park, K.G. Schepp. – Text : visual // *Nurs. Forum.* - 2018. - P. 1–10. DOI: 10.1111/nuf.12255

152. Park, S. Living with appending a scarlet letter: The lifelong suffering of children of alcoholics in South Korea / S. Park, K.G. Schepp, D. Park. – Text : visual // *J. Ethn. Subst. Abuse.* - 2016. - Vol. 15, № 4. - P. 367–385. DOI: 10.1080/15332640.2016.1175989

153. Pasternak, A. Psychological birth – the separation-individuation process among female Adult Children of Alcoholics / A. Pasternak, K. Schier. – Text : visual // *Alcohol. Drug Addict.* - 2014. - Vol. 27, № 4. - P. 305–318. DOI: 10.1016/S0867-4361(14)70022-7

154. Pecukonis, E.V. Female children of alcoholics and chronic back pain / E.V. Pecukonis. – Text : visual // *Pain Med.* - 2004. - Vol. 5, № 2. - P. 196–201. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2004.04024.x

155. Perceptions of attachment and the adjustment of adolescents with alcoholic fathers / T.A. Cavell, D.C. Jones, R.D. Runyan [et al.]. – Text : visual // *Journal of Family Psychology.* – 1993. – Vol. 7. – P. 204–212. DOI: 10.1037/0893-3200.7.2.204

156. Plasma concentrations of beta-endorphins in the children of alcoholic patients / J.L. Del Arbol, J. Rico Irles, I. Contreras [et al.]. – Text : visual // *An. Med. Interna.* - 2007. - Vol. 24, № 6. - P. 273–277.

157. Post, P. School-age children of alcoholics and non-alcoholics: Their anxiety, self-esteem, and locus of control / P. Post, B.E. Robinson. – Text : visual // *Professional School Counseling.* – 1998. – Vol. 1. – P. 36–40.

158. Rangarajan, S. Mediators and Moderators of Parental Alcoholism Effects on Offspring Self-Esteem / S. Rangarajan. – Text : visual // Alcohol Alcohol. - 2008. - Vol. 43, № 4. - P. 481–491. DOI: 10.1093/alcalc/agn034

159. Rodney, H.E. What Differentiates ACOAs and Non-ACOAs on a Black College Campus? / H.E. Rodney. – Text : visual // J. Am. Coll. Heal. - 1994. - Vol. 43, № 2. - P. 57–63. DOI: 10.1080/07448481.1994.9939087

160. Ross, L.T. Drinking and parental unpredictability among adult children of alcoholics: a pilot study / L.T. Ross, E.M. Hill. – Text : visual // Subst. Use Misuse. - 2001. - Vol. 36, № 5. - P. 609–638. DOI: 10.1081/ja-100103563

161. Schuckit, M.A. Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? / M.A. Schuckit, J.E. Tipp, E. Kelner. – Text : visual // Am. J. Drug. Alcohol Abuse. – 1994. – Vol. 20. – P. 237–245. DOI: 10.3109/00952999409106784

162. Searching for an environmental effect of parental alcoholism on offspring alcohol use disorder: a genetically informed study of children of alcoholics / W.S. Slutske, B.M. D’Onofrio, E. Turkheimer [et al.]. – Text : visual // J. Abnorm. Psychol. - 2008. - Vol. 117, № 3. - P. 534–51. DOI: 10.1037/a0012907

163. Seefeldt, R.W. Personality characteristics of adult children of alcoholics / R.W. Seefeldt, M.A. Lyon. – Text : visual // Journal of Counseling & Development. – 1992. – Vol. 70. – P. 588–593. DOI: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb01666.x

164. Self and partner alcohol-related problems among ACOAs and non-ACOAs: associations with depressive symptoms and motivations for alcohol use / M.L. Kelley, A.N. Linden, R.J. Miletich [et al.]. – Text : visual // Addict. Behav. - 2014. - Vol. 39, № 1. - P. 211–218. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.08.037

165. Shafer, M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction / M. Shafer, B. Schnack, M. Soyka. – Text : visual // Psychoter. Psychosom. Med. Psychol. - 2000. - Vol. 50, № 2. - P. 38-50. DOI: 10.1055/s-2000-13235

166. Sleep and behavioral control in earlier life predicted resilience in young adulthood: A prospective study of children of alcoholics and controls / M.M. Wong,

L.I. Puttler, J. Nigg [et al.]. – Text : visual // *Addict. Behav.* - 2018. - Vol. 82. - P. 65–71. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.02.006

167. Sleep characteristics and behavioral problems among children of alcoholics and controls / M.M. Wong, K.J. Brower, D.A. Conroy [et al.]. – Text : visual // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2018. – Vol. 42. – P. 603–612. DOI: 10.1111/acer.13585

168. Sleep characteristics predicted impulsivity and aggression among children of alcoholics and controls / M.M. Wong, K.J. Brower, D.A. Conroy [et al.]. – Text : visual // *Sleep.* – 2017. – Vol. 40. – P. 21-29. DOI: 10.1111/acer.13585

169. Spence, S.H. Psychometric properties of the spence children’s anxiety scale with young adolescents / S.H. Spence, P.M. Barrett, C.M. Turner. – Text : visual // *J. Anxiety Disord.* – 2003. – Vol. 17. – P. 605–625. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00236-0

170. Stanley, S. Psychosocial correlates in adolescent children of alcoholics- implication for intervention / S. Stanley, C. Vanitha. – Text : visual // *Int. J. Psychosoc. Rehab.* – 2008. – Vol. 12. – P. 67–80.

171. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Children of alcoholics: A guide to community action, 2012. – Text : electronic.- URL: Available from: <https://store.samhsa.gov/shin/content/MS939/MS939.pdf>.

172. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes / D. Wasserman, T. Geijer, V. Rozanov [et al.]. – Text : visual // *Am. J. Med. Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics.* – 2005. – Vol. 133B. – P. 116-119. DOI: 10.1002/ajmg.b.30128

173. Suwała, M. Nicotine abusing in adult children of alcoholics / M. Suwała. – Text : visual // *Przegl. Lek.* - 2010. - Vol. 67, № 10. - P. 875–878.

174. Testing hypothesized differences between Adult Children of Alcoholics (ACOAs) and non-ACOAs in a college student sample / A.L. Jones, K.M. Salyers, W. Cochrane [et al.]. – Text : visual // *Journal of College Counseling.* – 2007. – Vol. 10, № 1. – P. 19–26. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2007.tb00003.x

175. The Effect of a Computer-based Intervention on Adult Children of Alcoholics / D.H. Gustafson, F.M. McTavish, C.J. Schubert [et al.] . – Text : visual // J. Addict. Med. - 2012. - Vol. 6, № 1. - P. 24–28. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31822b80ca

176. Theory of mind among young adult children from alcoholic families / M. Kopera, M.M. Heitzeg, J.M. Glass [et al.]. – Text : visual // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. – 2014. – Vol. 75, № 5. – P. 889–894. DOI: 10.15288/jsad.2014.75.889

177. Trim, R.S. Sibling influence on alcohol use in a young adult, high-risk sample / R.S. Trim, E. Leuthe, L. Chassin. – Text : visual // J. Stud. Alcohol. - 2006. - Vol. 67, № 3. - P. 391–398. DOI: 10.15288/jsa.2006.67.391

178. Vail, M.O. Sampling issues in research on adult children of alcoholics: adolescence and beyond / M.O. Vail, H. Protinsky, A. Prouty. – Text : visual // Adolescence. - 2000. - Vol. 35, № 137. - P. 113–119.

179. Wagner, B.M. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior / B.M. Wagner. – Text : visual // Psychol. Bull. - 1997. - Vol. 121, №2. - P.246-298. DOI: 10.1037/0033-2909.121.2.246

180. Werner, E.E. The role of caring adults in the lives of children of alcoholics / E.E. Werner, J.L. Johnson. – Text : visual // Subst. Use Misuse - 2004. - Vol. 39, № 5. - P. 699–720. DOI: 10.1081/ja-120034012

181. World Health Organization. Global status report on alcohol and health- 2014. – Text : electronic.- URL: Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf).

## СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Таблица 3.1.1 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы юношей, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	43
Таблица 3.1.2 Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных паттернов поведения группы юношей, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	44
Таблица 3.1.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы юношей, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	46
Таблица 3.1.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик группы юношей, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	48
Таблица 3.1.5 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы юношей, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	50
Таблица 3.1.6 Представленность психических расстройств в группе юношей, родитель (ли) которых страдают алкогольной зависимостью.....	51
Таблица 3.2.1 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы юношей, отец которых страдал алкогольной зависимостью.....	52
Таблица 3.2.2 Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группе юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью.....	53
Таблица 3.2.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы юношей, отец которых страдает алко-	

гольной зависимостью.....	54
Таблица 3.2.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик группы юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью.....	57
Таблица 3.2.5 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	58
Таблица 3.2.6 Представленность психических расстройств в группе юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	59
Таблица 3.3.1 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	59
Таблица 3.3.2 Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов группы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	60
Таблица 3.3.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	61
Таблица 3.3.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик группы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	63
Таблица 3.3.5 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	64
Таблица 3.3.6 Представленность психических расстройств в группе юношей, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	65
Таблица 3.4.1 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	66

Таблица 3.4.2 Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения группы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	67
Таблица 3.4.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	68
Таблица 3.4.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик группы юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	71
Таблица 3.4.5 Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик группы юношей, оба родителя которых страдали алкогольной зависимостью.....	72
Таблица 3.4.6 Представленность психических расстройств в группе юношей, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	73
Рисунок 1 Представленность долей юношей ВДА, совершивших суицидальную попытку, в общей группе.....	74
Таблица 3.5.1 Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны в группах ЮМА и ЮОА.....	75
Таблица 3.5.2 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ЮМА и ЮОА.....	76
Таблица 3.5.3 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик между ЮМА и ЮОА.....	77
Таблица 3.5.4 Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик между ЮМА и ЮОА.....	78
Таблица 3.5.5 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ЮОА и ЮМОА.....	78
Таблица 3.5.6 Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения между ЮОА и ЮМОА.....	79
Таблица 3.5.7 Статистически значимые отличия в отношении предикторов	

аутоагрессивного поведения между ЮОА и ЮМОА.....	80
Таблица 3.5.8 Статистически значимые отличия в отношении наркологиче- ских характеристик групп ЮОА и ЮМОА.....	81
Таблица 3.5.9 Статистически значимые отличия в отношении суицидаль- ных паттернов между ЮМА и ЮМОА.....	82
Таблица 3.5.10 Статистически значимые отличия в отношении несуици- дальных аутоагрессивных паттернов между ЮМА и ЮМОА.....	83
Таблица 3.5.11 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ЮМА и ЮМОА.....	84
Таблица 3.5.12 Статистически значимые отличия в отношении наркологи- ческих характеристик между ЮМА и ЮМОА.....	84
Таблица 3.6.1 Статистически значимые отличия суицидальных паттернов поведения в группе девушек, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	86
Таблица 3.6.2 Статистически значимые отличия в отношении несуици- дальных аутоагрессивных паттернов поведения группы девушек, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	86
Таблица 3.6.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы девушек, родитель (ли) которых стра- дали алкогольной зависимостью.....	87
Таблица 3.6.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологиче- ских признаков группы девушек, родитель (ли) которых страдали алко- гольной зависимостью.....	89
Таблица 3.6.5 Основные статистически значимые отличия личностно- психологических характеристик группы девушек, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	90
Таблица 3.6.6 Представленность психических расстройств в группе деву- шек, родитель (ли) которых страдали алкогольной зависимостью.....	91
Таблица 3.7.1 Статистически значимые отличия в отношении несуици-	



дальных аутоагрессивных паттернов группы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	92
Таблица 3.7.2 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	92
Таблица 3.7.3 Статистически значимые отличия в отношении наркологических признаков группы девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью.....	93
Таблица 3.7.4 Статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик группы девушек, отец которых страдал алкогольной зависимостью.....	94
Таблица 3.7.5 Представленность психических расстройств в группе девушек, отец которых страдает алкогольной зависимостью.....	94
Таблица 3.8.1 Статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в группе девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	95
Таблица 3.8.2 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	96
Таблица 3.8.3 Статистически значимые отличия в отношении наркологических признаков группы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	96
Таблица 3.8.4 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	98
Таблица 3.8.5 Представленность психических расстройств в подгруппе девушек, матери которых страдают алкогольной зависимостью.....	98
Таблица 3.9.1 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов группы девушек, оба родителя которых страдают алкоголь-	

ной зависимостью.....	99
Таблица 3.9.2 Статистически значимые отличия в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения группы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	100
Таблица 3.9.3 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения группы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	101
Таблица 3.9.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических признаков группы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	103
Таблица 3.9.5 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик, значимых для суицидологической практики, группы девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	104
Таблица 3.9.6 Представленность психических расстройств в группе девушек, оба родителя которых страдают алкогольной зависимостью.....	105
Таблица 3.10.1 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между группами ДМА и ДОА.....	107
Таблица 3.10.2 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик между ДМА и ДОА, значимых для суицидологической практики.....	108
Таблица 3.10.3 Статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов между ДОА и ДМОА.....	109
Таблица 3.10.4 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик между ДОА и ДМОА.....	109
Таблица 3.10.5 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ДОА и ДМОА.....	110
Таблица 3.10.6 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик между ДОА и ДМОА, значимых для суицидологической практики.....	112

Таблица 3.10.7 Статистически значимые отличия суицидальных паттернов между ДМА и ДМОА.....	113
Таблица 3.10.8 Статистически значимые отличия суицидальных паттернов между ДМА и ДМОА.....	113
Таблица 3.10.9 Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения между ДМА и ДМОА.....	114
Таблица 3.10.10 Статистически значимые отличия в отношении наркологических характеристик ДМА и ДМОА.....	115
Таблица 3.10.11 Статистически значимые отличия в отношении личностных характеристик между ДМА и ДМОА, значимых для суицидологической практики.....	115
Рисунок 2 Аутоагрессивное паттерны в подгруппах ДРА.....	120
Рисунок 3 Тренд представленности суицидальных мыслей и попыток в женских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью.....	121
Рисунок 4 Выраженность долей подгрупп ДРА в отношении их вклада в консолидированные показатели суицидальной аутоагрессивности.....	121
Таблица 4.1 Представленность обнаруженных психических расстройств в исследуемых женских подгруппах.....	122
Рисунок 5 Аутоагрессивное паттерны в подгруппах ЮРА.....	124
Рисунок 6 Тренд представленности суицидальных мыслей и попыток в мужских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью.....	125
Рисунок 7 Выраженность долей подгрупп ЮРА в отношении их вклада в консолидированные показатели суицидальной аутоагрессивности.....	126
Таблица 4.2 Представленность обнаруженных психических расстройств в исследуемых юношеских подгруппах.....	127

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Приложение 1

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

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

21. Были ли у Вас в последние два года несчастные случаи? Ранее двух лет? Сколько? Какие?
22. Злоупотребляете ли Вы в последние два года алкоголем? Ранее двух лет?
23. Вы стали больше курить в последние два года? Ранее двух лет? Курите вообще?
24. Можно ли сказать, что чувства вины и стыда Вам особенно присущи в последние два года? Ранее двух лет?
25. Склонны ли Вы в последние два года к перееданию или иногда к отказу от пищи? Ранее двух лет?
26. Приобрели ли Вы в последние два года опасные хобби, привычки, склонности? Ранее двух лет?
27. Подвергались ли Вы в последние два года серьёзному физическому насилию? Ранее двух лет?
28. Били ли Вас в детстве родители?
29. Наносили ли Вы себе в последние два года повреждения (братания, порезы)? Ранее двух лет?
30. Употребляете ли Вы в последние два года наркотики, другие дурманящие вещества? Ранее двух лет?
31. Склонны ли Вы к неоправданному риску в последние два года? Ранее двух лет?
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? Ранее двух лет?
35. Имеете ли Вы сейчас физический недостаток?
36. Есть ли у Вас комплекс неполноценности в последние два года? Ранее двух лет?
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? Ранее двух лет?
41. Вы имеете чёткие представления о смысле жизни?
42. Были ли у вас в последние два года обморожения? Ранее двух лет?
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 двух лет?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? Ранее двух лет?
47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?
48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? Ранее двух лет?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? Ранее двух лет?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? Ранее двух лет?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? Ранее двух лет?
54. Судимы ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? Ранее двух лет?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? Ранее двух лет?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
58. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
59. Вы предпочитаете свои неудачи «держать в себе»?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
61. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
62. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено.
63. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.

## Текст Mini – Mult

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.

34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам, бывало, трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда вы полны энергии.
62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.
63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.



## Текст опросника Плутчека-Келлермана-Конте

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

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

68.Я всегда оптимистичен.
69.Я много лгу.
70.Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71.В основном люди несносны.
72.Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73.Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74.Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75.Я не понимаю некоторых своих поступков.
76.Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77.Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
78.Когда у меня неудача, я не могу скрыть плохого настроения.
79.То, как люди одеваются сейчас на пляже, неприлично.
80.Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81.Я всегда планирую наихудшее, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82.Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83.Когда-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84.Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85.Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86.Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87.Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88.Мне кажется, что я не смог закончить ничего из того, что начал.
89.Когда слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90.В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91.Я много кричу на людей.
92.Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93.Когда расстроен, я часто напиваюсь.
94.Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95.Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю больше, чем обычно.
96.Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того чтобы добиться успеха.
97.Я говорю много неприличных слов.

## Текст опросника STAXI

## Часть 1. Как Я себя чувствую СЕЙЧАС

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

## Часть 2. Как Я себя ОБЫЧНО чувствую

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

## Часть 3. Когда Я зол или разъярен

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

21. Я раздражаюсь в гораздо большей степени, чем окружающие это замечают				
22. Я теряю самообладание				
23. Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую				
24. Я контролирую свое чувство гнева				