

Аутоагрессивное поведение жен мужчин, зависимых от психоактивных веществ

БИСАЛИЕВ Р.В.
КАЛЬНОЙ В.С.
САРАЕВ М.А.
ЗУБКОВА Т.Н.

к.м.н., заместитель директора Южно-Российского гуманитарного института
руководитель наркологического учебно-научно-лечебного центра АГМА
психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера
психолог детского центра

Статья посвящена анализу проблемы семейных взаимоотношений при наркологических расстройствах. Рассматриваются динамика и роль семейных стилей в развитии аутоагрессивного поведения. Так как основная масса родственников наркологических больных находится в наиболее трудоспособном возрасте, вопрос эффективной профилактики психических расстройств среди этого контингента имеет принципиальное социально-экономическое значение.

Введение

Проблема аутоагрессивного поведения больных с наркологическими расстройствами остается актуальной. С одной стороны, психопатологическая симптоматика наркологических заболеваний (алкоголизм, наркомания, токсикомания) представлена различными формами суицидального поведения (мысли, попытки) [11, 12]. С другой стороны, собственно наркоаддиктивное поведение, на наш взгляд, является одной из форм саморазрушения. По мнению Т.В. Чернобровкиной [14], в результате роста болезненности и заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями:

- растет число самоубийств среди внешне здоровых и благополучных людей;
- растет число коллективных самоубийств среди подростков и молодежи, появились «клубы» самоубийц;
- растет число ограбленных и убитых больными наркоманиями;
- растет число погибших молодых людей от отравлений и осложнений наркомании;
- возникла необходимость учреждения детских и подростковых наркологических отделений стационарного и амбулаторного типа;
- по вине нетрезвых водителей увеличивается количество дорожно-транспортных происшествий.

Автор делает вывод, что накопление наркологической патологии происходит не только в городах и селах, но и в семьях.

Известно, что родственники химически зависимого больного также оказываются вовлеченными в болезненный круг наркологических проблем пациента. Весь период сосуществования жен и больных мужей сопровождается накоплением у созависимых нервно-психических и соматических расстройств, что, в конечном итоге, приводит к актуализации собственных аутоагрессивных тенденций. Вместе с тем, имеется некоторая недооценка

созависимости как аутоагрессивного феномена. Возможно, это объясняется не только нежеланием специалистов рассматривать феномен созависимости как клиническую составляющую наркологических заболеваний, но и отсутствием методологических подходов, регламентирующих порядок проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и научных исследований. Как правило, созависимые лица остаются за рамками терапевтического процесса.

Безусловно, направленность профилактических, терапевтических и реабилитационных технологий только на больного без учета микросоциального (семейного) влияния, может существенно снижать показатели эффективности проводимых мероприятий.

Целью настоящего исследования было изучение клинических проявлений аутоагрессивного поведения у жен мужчин, зависимых от наркотиков опийного ряда.

Объект и методы исследования

Обследованы 34 созависимые супруги мужчин, больных опийной наркоманией (ЖМБН), в возрасте 18—38 лет (средний возраст $26 \pm 1,7$ года). Они добровольно проходили амбулаторное психологическое, психотерапевтическое консультирование и лечение. Психотерапевтическая помощь этому контингенту лиц не назначалась.

В группу контроля вошла 31 женщина (ЖМГК), возраст составлял 19—40 лет (средний возраст $28 \pm 2,3$ года). Включение в исследование этой группы обусловлено двумя причинами.

Во-первых, группа контроля является показателем нормы не только в клиническом аспекте, но и в личном, социальном.

Во-вторых, полученные результаты сравнения здоровых и созависимых позволяют понять механизмы саморазрушения. Представительницы этой группы никогда не употребляли опий и другие наркотики.

В качестве стимульного материала каждому участнику настоящего исследования предлагался для совместного заполнения с психиатром-наркологом опросник, направленный на выявление паттернов аутоагрессивного поведения в прошлом и в настоящем [16]. При составлении текста опросника автор руководствовался двумя принципами:

1. В текстовую часть были включены вопросы, касающиеся известных в специальной литературе проявлений аутоагрессивной направленности в чувствах, мыслях и поведении, а также вопросы, отражающие риск возможного аутоагрессивного поведения или анамнестические предикторы;

2. Опросник имеет выраженную психотерапевтическую направленность уже на этапе сбора анамнеза или первого диагностического интервью.

Статистическая обработка полученных результатов проведена согласно руководствам по использованию статистических методов в медицинских исследованиях [13, 17]. Результаты исследования подвергались вариационно-статистической обработке с использованием критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Некоторые отечественные авторы считают, что аутоагрессия при наркологических заболеваниях выражается в виде суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения [2, 16]. Исходя из установленного В.Д. Москаленко [9] параллелизма клинических проявлений зависимости и созависимости, мы предположили, что у созависимых жен аутоагрессивное поведение также состоит из вышеуказанных видов.

Суицидальное поведение — все проявления суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения [3].

Проведенный сравнительный анализ форм суицидальной аутоагрессии у жен мужчин, больных опийной наркоманией, и у жен мужчин контрольной группы выявил статистические различия по ряду изучаемых параметров (рис. 1).

Представленная на рис. 1 диаграмма иллюстрирует статистическую выраженность клинических форм суицидального поведения (мысли, попытки) в группе созависимых женщин. Жены мужчин, больных опийной наркоманией, достоверно отличались от жен мужчин группы контроля по наличию суицидальных мыслей в анамнезе (добрачный период и пер-

вые годы семейной жизни — 26,4% — группа ЖМБН против 8,8% — группа ЖМГК; $p \leq 0,05$) и в последние 1—2 года семейной жизни (38,2% против 5,8%; $p \leq 0,05$ соответственно).

Суицидальные мысли у представительниц основной группы возникали неоднократно. Вариантами ухода из жизни (идеаторный уровень) были следующие: на первом месте расположились самоотравления, далее следовали — самоповешение, падение с высоты и самопорезы. Актуализация суицидальных мыслей у жен группы МБН была связана с обострением у мужей-опиоманов патологического влечения к наркотику (аффективная неустойчивость, раздражительность, вспыльчивость, тревожность). Сдерживающими факторами реализации суицидального намерения у ЖМБН являлись: чувство ответственности, боязнь причинения себе болевого воздействия, инвалидности в случае неудачной попытки, неприглядность внешнего вида, что предопределяет возможные мишени психотерапевтического вмешательства.

Несколько иная картина была представлена по незавершенным суицидам как в количественном, так и в качественном выражении. Суицидальные попытки фиксировались только в группе созависимых жен. В добрачный период и первые годы семейной жизни их было 14,7 и 20,6% соответственно, в то время как в группе контроля они вообще отсутствовали. Из семи эпизодов парасуицида (20,6%) пять (71,4%) были осуществлены путем отравления медикаментами (бензодиазепины, транквилизаторы), один (14,2%) — через самопорезы вен и один (14,2%) — через самоповешение. Во всех случаях причинами совершения суицидальных попыток женами мужчин, больных опийной наркоманией, являлись семейные конфликты, обусловленные наркотизацией последних: «Либо я уйду, либо он освободит меня от этих мучений». Обращает на себя внимание тенденция к закреплению непродуктивных (саморазрушаю-



Рис. 1. Процентное соотношение суицидальных форм аутоагрессивного поведения у жен мужчин, больных опийной наркоманией (ЖМБН) и жен мужчин группы контроля (ЖМГК)

щих) стилей поведения. Так, при очередном рецидиве заболевания у зависимых от опиатов мужчин, их супруги на фоне резкого снижения настроения, ощущения своей бесполезности и неспособности контролировать ситуацию совершали повторные суицидальные попытки (42,8%). Из способов совершения повторных попыток самоубийства в 66,7% случаев преобладало самоотравление медикаментозными средствами.

У представительниц контрольной группы суицидальное поведение отмечено в виде суицидальных мыслей. Большая часть их приходилась на пубертатный возраст. Вероятно, возникновение суицидальных мыслей было обусловлено психофизическими особенностями данного возрастного периода. Доля суицидальных мыслей в семейной жизни у женщин группы контроля была в 6,9 раза меньше по сравнению с созависимыми женами. Как правило, у первых суицидальные мысли носили эпизодический характер, не имели тенденции к повторению.

Значительное количество достоверных различий обнаружено по несуйцидальным «скрытым» формам аутоагрессивного поведения. Нами были выделены следующие его виды: соматическая аутоагрессия, психическая аутоагрессия, рискованное поведение, социальная-бытовая и профессиональная аутоагрессия.

Единой, всеобъемлющей дефиниции несуйцидального аутоагрессивного поведения не существует. В связи с этим приходится прибегать к описанию его феноменологии. После рассмотрения имеющихся в литературе определений этого состояния мы приняли в качестве рабочего следующее: *несуйцидальное аутоагрессивное поведение* — это поведение, при котором предполагается наличие мотивов (осознаваемых или неосознаваемых), направленных на причинение

себе вреда в соматической, психической и социальной сферах.

Принимая во внимание концепцию параллелизма симптоматики зависимости и созависимости, с определенной долей уверенности можно утверждать, что установленные и описанные ранее проявления несуйцидального аутоагрессивного поведения (соматическая, психическая и травматическая патология, десоциализация) у больных опиоидной наркоманией [2] также относятся к собственно феномену созависимости. Для подтверждения излагаемой в настоящем исследовании точки зрения и получения клинически «чистых» результатов в группу контроля были включены семьи с аутоагрессивными тенденциями в анамнезе, тогда как в некоторых работах, изучающих, например, расстройство адаптации у наркологических больных и созависимых, группа контроля была сформирована из лиц без наркологической патологии и признаков созависимости [10]. Однако адаптационный потенциал контрольной группы (студенты старших курсов медицинского вуза) был несопоставим с обследованными основной группы.

Статистически достоверные отличия, характеризующие поражение соматической сферы жен мужчин, зависимых от опиатов, представлены на рис. 2. Приводимые результаты свидетельствуют о том, что жены больных мужчин накапливают значительное количество соматических заболеваний. Возможно, жизнь в браке с наркозависимым мужем сказывается для супруг МБН в большей степени в тяжести соматических расстройств, в их обострениях. Клинически соматические расстройства были представлены головной болью, нарушениями ритма сердечной деятельности, кардиалгиями, перепадами артериального давления, потливостью. Кроме того, обнаружена достоверная подверженность оперативным вмешательствам как мелким, так и серьезным (ампутация матки с придатками). С одной стороны, это связано с постоянной психотравмирующей обстановкой в семье (патогенез психосоматических заболеваний). С другой стороны, акцепция созависимыми женами соматического нездоровья возникает в результате активизации внутриличностных аутодеструктивных тенденций, нашедших свою точку приложения в области сомы [8]. Важно подчеркнуть, что существенное значение имеет не сам факт наличия соматического заболевания или операции, а их большее количество у жен мужчин, больных опиоидной наркоманией, частое их обострение, тяжесть течения. Мы солидарны с мнением некоторых авторов [9, 23], считающих, что оставленное без вни-

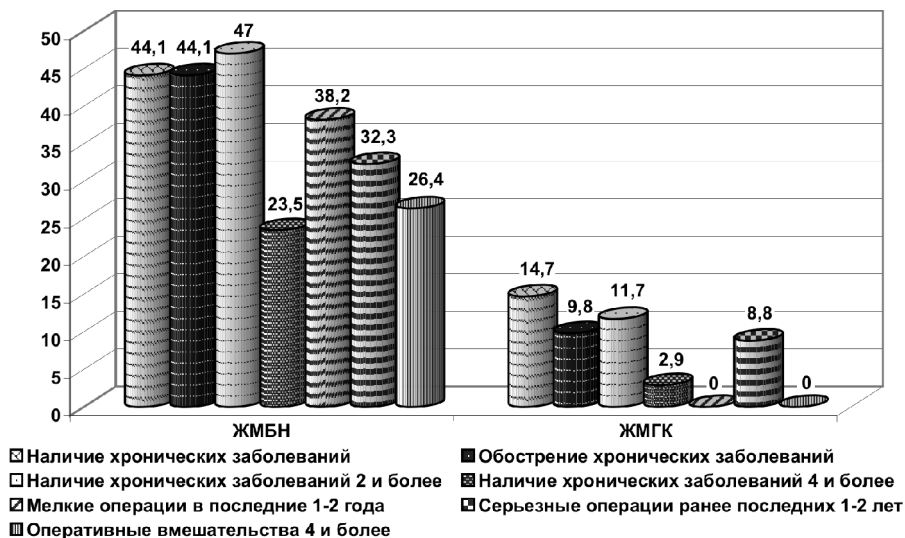


Рис. 2. Процентное соотношение показателей соматической аутоагрессии у жен мужчин, больных опиоидной наркоманией (ЖМБН) и жен мужчин группы контроля (ЖМГК)

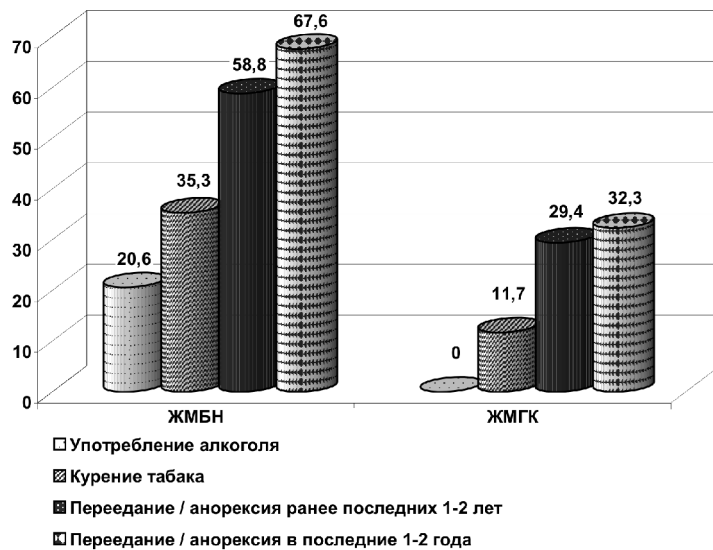


Рис. 3. Процентное соотношение показателей психической аутоагрессии у жен мужчин, больных опийной наркоманией (ЖМБН) и жен мужчин группы контроля (ЖМГК)

мания состояние созависимости может прогрессировать, нарастать в своей интенсивности и даже приводить к летальному исходу в результате соматического заболевания.

Что касается паттернов несуицидального аутоагрессивного поведения, затрагивающих психическую сферу, то они находили свое выражение в виде донологического употребления спиртных напитков (от одного до трех раз в неделю), табакокурения и расстройств пищевого поведения (рис. 3).

Как видно из рис. 3, все показатели психической аутоагрессии достоверно были выше в основной группе. Психоактивные вещества ЖМБН употребляли с целью нейтрализации эмоциональных нарушений (раздражительности, беспокойства, тревожности, депрессии, гнева, агрессии), либо для преодоления психического дискомфорта: «Снимаю напряжение», «Надоело беспокоиться за мужа», что соответствует описанной в литературе гипотезе «самолечения» (self-medication hypothesis) [18, 19, 20]. По данным литературы, женщины, злоупотребляющие алкоголем, покушаются на свою жизнь в 2 раза чаще, чем алкогользависимые мужчины, и в 37 раз чаще, чем непьющие женщины [1].

Более чем у половины обследованных женщин из основной группы эпизодически возникали «беспричинные» компульсивные переедания либо затяжные длительные аноректические реакции. Нередко они сопровождались депрессивными переживаниями, с самоосуждающими тенденциями. Клинико-динамический анализ позволил установить взаимосвязь между нарушениями пищевого поведения у жен и госпитализацией мужей-пациентов в наркологические учреждения. Другими словами, при очередной госпитализации мужей-опиоманов в наркологический стационар у их жен наступали периоды длительного отказа от приема пищи: «Никакого желания есть». При этом вся деятельность женщин была направлена на больных супругов, которая проявлялась более

частыми визитами в наркологические отделения (до 4 раз в день). По мере купирования симптоматики опийного абстинентного синдрома (на 3—7-й день госпитализации больных мужчин) у созависимых жен «просыпался аппетит». Частота приема пищи составляла от 5 до 8 раз в день. В основном преобладали продукты животного происхождения, а также мучные и сладкие изделия. Обращает на себя внимание тот факт, что подавляющее большинство жен группы МБН было информировано относительно серьезности возникновения последствий при несоблюдении режима питания.

Известно, что рискованные формы поведения относятся к изоморфным видам аутоагрессивного поведения [15, 22]. Более четкие критерии отграничения здорового варианта рискованного поведения от патологического

стремления к поиску опасных ситуаций, на наш взгляд, отражены в диссертационной работе В.В. Постнова [10]. Автор полагает, что:

1) для здорового варианта рискованного поведения главным мотивом является достижение экзистенциальных целей, обретение новых духовных качеств, удовлетворение альтруистических потребностей (спасение людей, восстановление справедливости). Для аддиктивного стремления к риску мотивацией является сам по себе риск и ощущение возбуждения, экзистенциальные и духовные цели вторичны, их декларация является рационализацией аддикции;

2) вне экстремальных ситуаций здоровый индивид способен достигать и ощущать чувство эмоционального и физического комфорта, иметь большой выбор стратегий поведения в различных обстоятельствах.

При аддиктивном стремлении к риску отсутствие опасности и связанного с ней возбуждения скрывает в себе ощущение дискомфорта и беспокойства из-за ограниченного выбора коммуникативных навыков и умений достигать и получать удовольствие. Накапливающиеся проблемы повседневных жизненных трудностей и межличностных эмоциональных контактов во время ремиссии наркологического больного становятся источником нарастающего дискомфорта и поводом его избегания с помощью аддикции.

3. При достижении целей здорового риска индивид способен на глубокое удовлетворение, в том числе и от обретения нового духовного, возможно, и нравственного опыта. Эпизод риска и опасности становится для него своеобразной ступенью личностного и духовного роста. Аддиктивный риск не приносит глубокого, запоминающегося удовлетворения. Кроме того, наблюдаются низкая самооценка и высокий уровень самообвинения.

В наших наблюдениях рискованные формы поведения у ЖМБН были представлены в виде несчастных случаев, подверженности насилию, повышенного травматизма, что совпадает с представлениями отечественных авторов, изучающих аутоагрессивное поведение у аддиктов [2, 8, 16]. В связи с этим считаем вполне оправданным соотносить указанные проявления к латентным формам аутоагрессии. Более того, результаты статистической обработки клинического материала иллюстрируют достоверное превышение рискованных модусов поведения у жен мужчин-пациентов по сравнению с представительницами группы контроля (рис. 4).

Следует отметить, что виктимные формы поведения (несчастные случаи — 35,2%; подверженность насилию — 38,2%) и серьезная травматическая патология (черепно-мозговые травмы — 32,3%) у обследованных основной группы сохраняли свою актуальность на ранних этапах супружеской жизни и в анамнезе. Супруги мужчин, больных опийной наркоманией не отрицали фактов физического и сексуального насилия в анамнезе. При этом нередко одна или обе стороны (жертва и противник) находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Однако наиболее частые и «тяжелые» формы насилия, сопряженные с непосредственной опасностью для жизни, они испытывали от химически зависимых мужей. Несмотря на то, что большинство жен мужчин-опиоманов признавали семейную обстановку крайне «невыносимой», тем не менее альтернативное решение проблемы, включая радикальное (например, развод), ими откладывалось неоднократно на неопределенный срок. Часть женщин из основной группы (33,2%) считала свое положение терпимым, полагая,

что в повторном браке новый супруг обязательно будет химически зависимым, семейная жизнь с которым заведомо невозможна.

ЖМГК (11,7%) также были жертвами физического или сексуального насилия (как правило, покушавшиеся были посторонними людьми). Вместе с тем, респондентки контрольной группы не оставляли без внимания факты покушения на половую свободу и половую неприкосновенность. Другими словами, активно участвовали в следственных действиях и судебных разбирательствах. Кроме того, они выражали отрицательное отношение к женщинам, которые позволяют «поднимать на себя руку» и «не понимают» поговорку: «бьет, значит любит». Травматическая патология воспринималась ЖМГК как случайная. В подавляющем большинстве серьезные травмы в этой группе фиксировались в зимний период (незначительные ушибы, растяжения мышц) и при проведении ремонтных работ (бытовой травматизм).

Деадаптивное влияние созависимости проявляется как в семье, так и на производстве. Прогулы (отлучки с работы), снижение производительности труда, сложности в общении вплоть до самоизоляции — лишь некоторые из нарушений поведения в результате этого состояния [21]. Результаты сравнения ЖМБН с ЖМГК по факторам социально-бытовой и профессиональной аутоагрессии представлены на рис. 5.

Как видно из рис. 5, супруги мужчин, больных опийной зависимостью, достоверно меньше были удовлетворены своим семейным положением (47,0% против 94,1%; $p \leq 0,05$). В связи с этим предразводная ситуация чаще констатировалась в семьях больных опийной наркоманией (52,9% против 8,0%; $p \leq 0,05$). Следует отметить, что, несмотря на столь частую декларацию готовности к разводу, реализация данного намерения была отмечена лишь в 23,5% случаев.

ЖМБН не обнаруживали заинтересованности и активности в изменении негативного внутрисемейного психологического климата, не в полной мере применяли знания, полученные во время психотерапевтических сессий, часто ссылались на недостаточность времени для выполнения домашних заданий. На наш взгляд, несоблюдение рекомендаций врача, попустительское отношение к создавшейся неблагоприятной обстановке в семье, в том числе к собственному здоровью, низкая мотивация на достижение желаемого результата являются, с одной стороны, признаками феномена созависимости [9], с другой стороны — латентными формами аутоагрессивного поведения. Аналогичной точки зрения относительно скрытых форм ауто-



Рис. 4. Процентное соотношение показателей рискованных форм поведения у жен мужчин, больных опийной наркоманией (ЖМБН) и жен мужчин группы контроля (ЖМГК)

деструктивного поведения придерживается ряд отечественных и зарубежных авторов [6, 7].

Что касается ЖМГК, определенная часть их также была неудовлетворена своим семейным положением. Однако чаще это связывалось либо с низким социальным статусом супруга, либо с низким уровнем дохода. Эти обстоятельства, как правило, не влекли за собой длительную внутрисемейную расогласованность. Нейтрализация напряженности достигалась путем конструктивного подхода к решению проблем (поиск дополнительного заработка).

Установлены факты более частого обворовывания жен из патологизированных семей по сравнению с женщинами контрольной группы (67,6% против 23,5%; $p \leq 0,05$). У обследуемых основной группы кражи (мелкие и крупные денежные суммы) совершались мужьями. Нередко эти события были причиной резкого снижения настроения у ЖМБН продолжительностью до нескольких дней, появлением раздражительности, плаксивости, недовольства, бессонницы, возникновением суицидальных мыслей: «Устала, все надоело, так жить невозможно». Психопатологическая симптоматика сопровождалась выраженными вегетативными расстройствами: головной болью, колебаниями артериального давления, изменениями ритма сердечно-сосудистой системы и деятельности желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем, созависимые жены не предпринимали каких-либо действий относительно больных мужей, так как считалось неприличным «выносить сор из избы». Готовность «закрывать глаза» на происходящее объяснялась супругами мужчин-опиоманов как акт противодействия обворовыванию незнакомых лиц: «Лучше пусть дома, чем будут проблемы с милицией».

У представительниц контрольной группы обворовывания совершались незнакомыми лицами в местах большого скопления людей. Однако воровство не носило системного характера, не сопровождалось длительными расстройствами фона настроения, возникновением суицидальных мыслей. Женщины в последующем проявляли большую бдительность и осторожность.

Высокодостоверные различия получены по показателю «Потеря работы» (созависимые — 26,4% против жен группы контроля — 0,0%; $p \leq 0,01$). По мере прогрессирования наркологического заболевания у больных мужей отмечалось снижение социальной активности созависимых жен. В частности, у последних увеличивалось

количество опозданий и прогулов, дней по листку нетрудоспособности (до двух недель 2—3 раза в год), что обуславливало применение супругам группы МБН со стороны администрации мер (штрафные санкции, работа с испытательным сроком с понижением должностного статуса и оклада, увольнение). При потере работы подавляющая часть обследованных жен испытывала неудовлетворенность своим материальным положением, разочарование, несостоятельность, тревожность, что в дальнейшем формировало у них заниженную самооценку и суицидальные мысли. Высокая суицидогенность феномена безработицы подчеркивалась М.Х. Кажаровым [4].

Заключение

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о негативной отягощенности ЖМБН в отношении как более частой актуализации суицидальных мыслей, так и предшествующих суицидальных попыток, что, кстати, является важным прогностическим признаком повторных суицидальных актов.

Очевидно, что женская суицидальная активность начинает проявлять себя в добрачном периоде. Еще в большей степени она обнаруживает себя именно в наркоманическом браке (наличие суицидальных попыток в группе ЖМБН).

Среди суицидальных попыток преобладало самоотравление медикаментами (71,4%). Известно, что при выборе способа самоубийства женщины, по сравнению с мужчинами, чаще используют малые транквилизаторы, антидепрессанты и другие психоактивные вещества [5]. Во всех случаях причинами со-

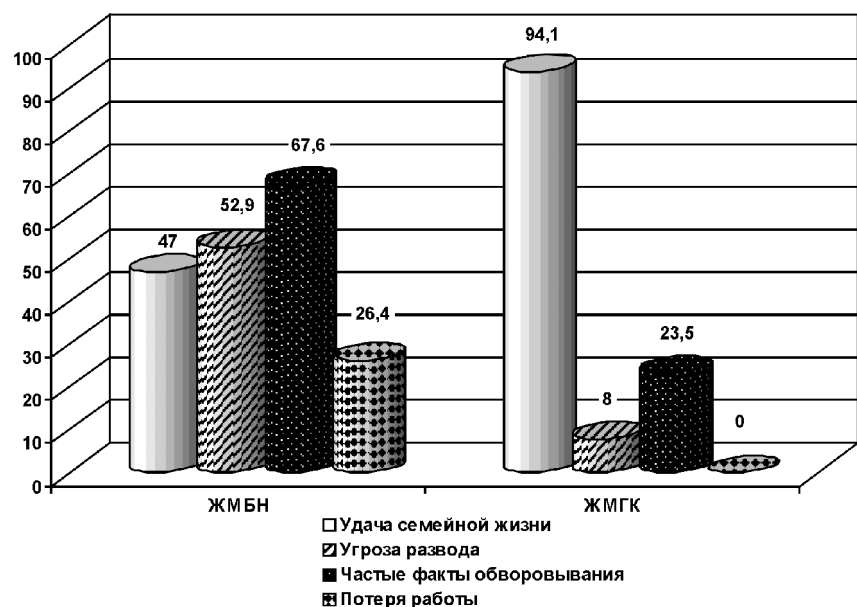


Рис. 5. Процентное соотношение показателей социально-бытовой и профессиональной у жен мужчин, больных опиоидной наркоманией (ЖМБН) и жен мужчин группы контроля (ЖМГК)

вершения суицидальных попыток ЖМБН являлись семейные конфликты, обусловленные наркотизацией мужей-опиоманов.

Выявлены различия по несуицидальным формам аутоагрессивного поведения. Несуицидальная аутоагрессия у созависимых жен проявляется преимущественно на соматическом уровне (значение имеет не сам факт наличия соматического заболевания или операции, а их большее количество, их обострение, тяжесть течения); на психическом уровне (донозологическое употребление спиртных напитков, табакокурение и расстройства пищевого поведения); через рискованное поведение (несчастные случаи, подверженность насилию, повышенный травматизм), а также социально-бытовая и профессиональная аутоагрессия (неудовлетворенность семейным положением, предразводные ситуации, частые факты обворовывания, потеря работы).

Общими признаками несуицидального аутоагрессивного поведения являлись: отсутствие предварительного планирования, повторяемость и виктимное поведение.

Таким образом, приоритетными в профилактике аутоагрессивного поведения у созависимых жен являются: актуализация в сознании ЖМБН, понимания аутодеструктивной направленности поведения, обучение новым продуктивным стилям поведения, амбулаторное наблюдение с поддерживающей коррекцией психического, личностного и социального статуса созависимых супругов.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. — М., 1980. — 16 с.
2. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуицидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
3. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. — М.: Крон-Пресс, 1997. — 576 с.
4. Кажаров М.Х. Социокультурные аспекты самоубийств в Кабардино-Балкарии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15. — Вып. 1. — С. 35—39.
5. Лапицкий М.А., Яковлева М.А., Войцех В.Ф., Ваулин С.В. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и кли-

нико-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14. — Вып. 1. — С. 28—33.

6. Лотарева В.А. Субъективная картина изменения социального статуса после развития синдрома зависимости от алкоголя и наркотиков // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. — М., 2005. — С. 355.

7. Меннингер К.А. Война с самим собой. — М.: Эксп-Пресс, 2001. — 480 с.

8. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.

9. Москаленко В.Д. Созависимость в семьях наркологически больных: Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 187—221.

10. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Оренбург, 2003. — 171 с.

11. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей — М.: Медицина, 1994. — 544 с.

12. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1. — М.: Медпрактика-М., 2002. — С. 269—367.

13. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 256 с.

14. Чернобровкина Т.В. Социальные функции аддиктивных заболеваний (к вопросу об аддиктивных этиологии и социогенезе в свете синергетики) // Наркология. — 2008. — №1. — С. 2—11.

15. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.

16. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.

17. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб.: ВмедА, 2002. — 266 с.

18. Bologoini L. et al. Drug use and suicidal attempts; the role of personality factors // Subst. Use Missuse. — 2002. — Vol. 37. — P. 337—356.

19. Cacciola J.S. et al. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in maintained patients // Drug Alcohol Depend. — 2001. — Vol. 61. — P. 271—280.

20. Herz A. Neurobiological principles of drug dependence, exemplified by opioids and psychostimulants // Nervenarzt. — 1995. — Vol. 66. — P. 3—14.

21. Mendenhall W. Co-dependency definitions and dynamics // Alcohol. Treat. Quart. — 1989. — Vol. 6, №6. — P. 3—17.

22. Puric-Pejakovic J., Dunjic D.J. Samoubistvo adolescenata. — Beograd: Zebra, 1996. — 168 с.

23. Shafer M., Schnak B., Soyka M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction // Psychosom. Med. Psychol. — 2000. — Vol. 50, №2. — P. 38—50.

BISALIEV R.V. Cand. Med. Sci., deputy director of Astrakhan branch South-Russian humanitarian institute
KALNOI V.S. head of scientific work narcological educational, scientific and medical the center of the Astrakhan state medical academy (ASMA)
SARAEV M.A. psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary
ZUBKOVA T.N. psychologist of baby centre

The Article is dedicated to analysis of the problem of the household relations under drug dysfunctionals. It is considered track record and role of the household styles in development autoaggressive behaviour. Since main mass relative addiction sick is found at the most able-bodied age, question of the efficient preventive maintenance psychic frustration this contingent has principle social-economic importance.