

Семейные факторы риска аддиктивного и аутоагрессивного поведения

БИСАЛИЕВ Р.В.

к.м.н., зам. руководителя наркологического учебно-научно-лечебного центра
Астраханской государственной медицинской академии

Изучено влияние семейных факторов в развитии аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Проведенное исследование позволило сделать вывод, что все факторы риска приобщения к химическим и нехимическим аддиктивным агентам не должны рассматриваться изолированно один от другого. Это имеет важное научно-практическое значение с точки зрения клинко-психопатологического анализа семейных факторов, а также организации первичной и вторичной профилактики аддиктивных расстройств.

Высокий уровень распространенности злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и техническими средствами (компьютер, игровые автоматы), обладающими аддиктогенным потенциалом, является серьезной медико-социальной проблемой [14, 22]. Это внимание к проблеме обусловлено существенными демографическими изменениями мирового сообщества в целом и российского в частности. Согласно данным Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас, В.П. Нужного [28], в Российской Федерации показатель самоубийств вырос с 26,5 на 100 тыс. населения в 1991 г. до 42,1 в 1994 г. и в настоящее время остается самым высоким среди развитых стран. В 1998 г. в странах Европейского сообщества число самоубийств на 100 тыс. мужского населения составляло 16,9, в России — 63,4. Риск насильственной смерти (убийства, суициды, несчастные случаи, дорожно-транспортные происшествия, повышенный травматизм) значительно выше у лиц с аддиктивными расстройствами. Показательные данные официальной статистики, подтверждающие вышеизложенный тезис: доля группы риска в отношении потребления ПАВ в РФ составляет 93,4 % [29]; вклад деструктивных зависимостей в уровень общей и различных видов насильственной смертности составляет от 5 до 96 % [14, 26, 34, 41].

В настоящее время продолжается дискуссия о соотношении биологических, психологических и социальных, в том числе семейных, факторов в формировании болезней патологической зависимости, а также аутоагрессии. Одним из факторов, способствующих вовлечению молодежи в потребление ПАВ и формированию нехимического аддиктивного поведения, является семья. Имеются работы, в которых доказана роль семьи (структура, характер внутрисемейных отношений) в генезе аутоагрессивного поведения [3, 27]. В связи с этим совершенно обоснованным считаем применение семейной терапии при аддиктивных расстройствах и к лицам, совершившим суицидальные попытки. Анализ роли семейных факторов в форми-

ровании и развитии как конкретных форм патологической зависимости, так и аутоагрессивного поведения позволит предложить систему эффективных методов ранней диагностики, профилактики и коррекции этих психических расстройств.

При условном рассмотрении суицидального поведения как нозологической формы можно предположить его мультифакториальность в возникновении и течении. В связи с этим Е.А. Жабо [17] выделяет следующие характерные особенности мультифакториальных заболеваний, к которым относятся и наркологические заболевания: чем выраженнее клиника заболевания у больного, тем выше риск заболевания у родственников; увеличение количества заболевших в семье также повышает риск заболевания родственников; в случае различия в частоте болезни по половому признаку риск заболевания будет выше, если человек относится к менее поражаемому полу.

Автором установлено, что родителями и сибсами в семьях больных алкоголизмом суицидальные попытки предпринимались в течение жизни неоднократно. Однако они носили преимущественно шантажный характер или характер протеста и совершались в состоянии алкогольного опьянения. Метаанализ, проведенный Н.В. Верещагиной [6], позволил установить множество факторов суицидального риска при психических расстройствах:

1. Дисфункциональные родительские семьи: семейные драки; избиения мужем своей супруги; доминирующая холодная мать, которая отбрасывает своего ребенка; ссоры с родителями; непонимание ими ребенка; боязнь наказания, стыд за конфликтные ситуации в семье; стыд за родителей, которые ведут себя аморально, злоупотребление ПАВ родителями; физические наказания детей и подростков;

2. Враждебность родителей, которая проявляется в возложении ответственности на ребенка за чужие проступки, что превращается в психические истязания, другие подвергают ребенка систематическим унижениям и оскорблениям, подавляя личность ре-

бенка, провоцируют на конфликты, агрессию, незаслуженно наказывают;

3. Неполные семьи: конфликты с прародителями, которые занимают авторитарную, ригидную позицию, конфликты с неродным родителем;

4. Приемные семьи: ребенок испытывает внутреннее напряжение, сомневается в хорошем к себе отношении со стороны приемных родителей;

5. Отсутствие родительской семьи, проживание в государственном учреждении интернатного типа и связанный с этим запрет на свидания, конфликты с братьями и сестрами;

6. Наличие проблем в школе: проблемы во взаимоотношениях с учителями, одноклассниками (враждебные отношения, унижения, оскорбления, издевательства, угрозы, принуждения к неприглядной деятельности);

7. Насилия над ребенком на ранних этапах онтогенеза (физические, сексуальные, психологические);

8. Неприятие сверстниками, вызванное физическими недостатками;

9. Демонстративные попытки самоубийства у окружающих в виде истерических форм реагирования, постоянных разговоров о желании покончить с собой. Наличие суицидальных попыток среди близких родственников, присутствие на похоронах этих людей в детстве;

10. Самоубийства среди детей и подростков в школьные годы.

Социальный портрет современной российской семьи, характеризуется следующими достаточно устойчивыми демографическими тенденциями:

- рост числа семей с 1—2 детьми, когда практически не воспроизводится репродуктивная функция семьи; уменьшение числа ежегодно заключаемых браков;

- увеличение числа разводов, рост числа детей, проживающих в неполных семьях (в 94% случаев это семьи без отца) [8].

Искаженность семейной структуры (неполная семья — чаще отсутствие отца), материальное неблагополучие являются важнейшим фактором риска как аддиктивного, так и аутоагрессивного поведения. Поэтому важным моментом при планировании профилактической работы среди подрастающего поколения является изучение состава семей (наличие обоих родителей, количество и возраст детей), так как дети из неполных семей входят в группу риска в отношении потребления ПАВ [23].

С целью определения риска развития у личности готовности к деструктивной зависимости проведен анализ социологических характеристик семьи 237 мужчин с зависимостью от этанола [9]. У испытуемых этой группы (при сравнении с испытуемыми группы контроля) отмечен более молодой возраст за-

мужества их собственных жен, чем возраст выхода замуж матерей больных. Значительно реже в семьях лиц с алкогольной зависимостью, чем в семьях их родителей, было двое детей. Неполные семьи достоверно чаще встречались среди лиц, имеющих девиантные формы поведения (подростки, употребляющие ПАВ и вступившие в половые отношения) [39]. Отсутствовал отец у 48% подростков, употребляющих ПАВ, у 40% — другой девиантной группы. При этом повторные обследования выявили нарастающее вовлеченности в злоупотребление ПАВ после развода родителей.

В группе контроля у 22% подростков нет отца, однако у половины из них есть отчим, что редко отмечалось в группах с девиантными формами поведения. Более высокие данные приводит В.В. Пушина [33], в исследованиях которой обнаружено, что из 40 семей подростков, страдающих алкоголизмом, 65% являются неполными (45% — по причине развода родителей, 20% — по причине смерти отца). В этих семьях алкоголизм, приводящий к острой сердечной недостаточности, инсульту, раку печени и к суициду, является основной причиной смерти мужчин во втором и третьем поколениях.

Согласно данным Т.Н. Дудко [12], большинство пациентов-наркоманов воспитывалось в полных семьях — 74,9% (мужчины — 76,2%, женщины — 70,6%). Доля неполных семей среди больных мужского пола (14,8%) был ниже, чем среди больных женского пола (26,0%). Обращает на себя внимание тот факт, что в неполных семьях воспитание детей в основном осуществлялось матерями (92—95%), что, как известно, зачастую негативно сказывается на многих личностных, эмоциональных, поведенческих, адаптационных особенностях детей, представляющих во многих случаях "группу риска". Воспитание в условиях детского дома значительно чаще отмечалось у мужчин — 6,0%, чем у женщин — 1,3%.

По мнению Н.В. Вострокнутова [8] для распавшейся семьи характерно соединение неприязненных отношений с застывшими, уходящими в прошлое конфликтами. Такая ситуация утяжеляется в тех случаях, если поведение ребенка, связанное с употреблением алкоголя или наркотиков, помогает сохранить замкнутый, конфликтный круг отношений, так как за этим может стоять не осознаваемое ребенком желание восстановить распавшиеся отношения. В подобных случаях дети и подростки могут прибегать к использованию ПАВ для своеобразного "шантажа" и демонстрации своих ожиданий от взрослых. Анализ семейной ситуации выявил, что 40,0% подростков, употребляющих ПАВ, воспитывались в полной семье, 32,9% — одним из родителей, 27,1% — матерью с отчимом и 7,1% — другими

родственников. При этом плохое материальное положение в семье отмечали 28,9 % [31].

В рамках обсуждаемой проблемы интересным представляется исследование, проведенное W. Jeunes [45], который определял, как часто злоупотребляют ПАВ подростки давно и недавно разведенных родителей. Широкомасштабная выборка (24 599 учащихся из 1052 школ) показала следующее: пережили развод родителей более 4 лет назад 24,7%; 14,4% пережили это в период наблюдения. Дети, чьи родители развелись недавно, были более склонны употреблять алкоголь в высоких дозах, они чаще появлялись в школе в нетрезвом состоянии, чем дети давно разведенных родителей. Возможно, подростки недавно разведенных родителей более уязвимы к стрессовым ситуациям.

Рассматривая социально-демографические показатели и микросоциальную сферу у патологических гемблеров, А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин [4] отметили, что 22,7% воспитывались в неполных семьях. Часто структурно полные семьи (77,3%) трудно было назвать функционально полными. В 43,1% случаев семьи находились в состоянии затяжного конфликта (в 31,0% случаев, связанных со злоупотреблением отцом алкоголем). В 25,9% случаев отец пациента находился в подчиненном положении, был "оттеснен на периферию семьи, его мнение было незначимым".

Известно, что суициды выше у детей и подростков в неполных семьях, где в результате развода или разъезда воспитывает ребенка один родитель. 60% подростков, совершающих суицидальные попытки, живут с одним из родителей и суицидальный риск выше, когда один или более из членов семьи хронически больны [18]. Дети из неполных семей, как правило, более ранимы и закомплексованы. В неполной семье мать зачастую невротизирована своим социальным положением разведенной женщины или матери-одиночки. Пытаясь выполнять и "отцовские" функции, она взваливает все проблемы на свои плечи. В свою очередь, материнская нестабильность формирует у подростка ощущение неуверенности, нежелания его появления на свет [6].

Предразводная ситуация и развод относятся к общепризнанным причинам самоубийств [1], предикторами суицидальности [7]. Обращает на себя внимание тот факт, что от 40 до 57% людей, повторивших суицидальную попытку, были без постоянного партнера (одинок или разведены) [46]. Большинство разведенных лиц агонизируют годами перед юридическим оформлением развода, утверждая, что это было самое тяжелое время в их жизни [2]. Все периоды развода (предразводный, разводный, после разводный) зачастую проводят депрессивные пе-

реживания, служащие основой аутоагрессивного поведения [24]. Соматическое и психическое состояние обоих супругов значительно ухудшается после развода, делая их также более уязвимыми для аутоагрессивных влечений [19]. В то же время имеются работы, подчеркивающие положительную роль разводов, так как они позволяют предотвратить перманентный конфликт [10], отражают "однбокость" подхода к распаду семьи и тенденцию видеть в нем лишь отрицательные стороны [2].

С одной стороны, в большинстве исследований приводятся убедительные доказательства тесной связи между искаженной структурой семьи и развитием аддиктивного, аутоагрессивного поведения. С другой стороны, не выявлена специфичность семейного феномена, так как он регистрируется и при других типах девиантного поведения (агрессивного, делинквентного, антисоциального). Можно предположить, что тезис о непосредственной роли неполной семьи в генезе аддикций и аутоагрессии имеет пока лишь предположительный, гипотетический характер и нуждается в обосновании с позиций углубленных клинико-психопатологических, социологических и статистических исследований.

Факторами риска развития аддиктивного и аутодеструктивного поведения являются разные формы насилия: физическое, эмоциональное в разных, иногда опосредованных, скрытых формах, а также ситуации депривации. Люди с подобными проблемами имеют сломленные адаптационные механизмы выживания, чаще разрушительные и направленные на самоуничтожение, экзистенциальные установки и жизненные позиции неудачника, их переполняет фундаментальное ощущение "лишнего" в семье. Их доминирующее состояние — напряжение, неудовлетворенность и поиски облегчения этой постоянной внутренней боли с помощью химических (алкоголь, наркотики, лекарственные препараты) и нехимических (азартные игры, еда, секс, экстремальная деятельность, работа) аддикций [32]. Показано, что в 60% случаев матери "забитых детей" имели тяжелую депривацию в детстве, страдали депрессивными и тревожными расстройствами, алкогольной зависимостью [6]. Ведущими факторами, приводящими к реализации суицидальных намерений, стали: длительные стрессовые условия жизни большинства семей, жестокое обращение с детьми, физическое и моральное насилие, социальное сиротство, авторитарная педагогика (дидактогении) [20].

Семейная жестокость выражается не только в эмоциональном отвержении детей и подростков, но и в систематических побоях, избивании в случаях сексуального насилия, которое также представляет значительный фактор риска возникновения агрессивного и

зависимого поведения. Сексуальным посягательствам со стороны членов семьи ежегодно в нашей стране подвергаются 60 тыс. детей [21].

Д.Н. Исаев [16] выделяет несколько причин жестокого обращения в семье:

- психическая неуравновешенность взрослых;
- их общая неудовлетворенность жизнью, семейными отношениями, служебным статусом;
- отсутствие взаимной любви между супругами, их алкоголизация, наркотизация;
- измены.

Известно, что в семье с наличием наркологического больного родителя ребенок подвержен более высокому риску различных видов агрессии — физической, вербальной; он может быть вовлечен в инцест (половой акт с родственником), стать свидетелем актов насилия, конфликтов, разводов между родителями [30]. Основными причинами насилия респонденты назвали алкоголизм и наркоманию (39%). И если женщины подвергаются насилию только со стороны мужа, то дети — как со стороны матери, так и со стороны отца [5]. На основе наблюдения 100 больных различными формами наркоманий М. Shafer, В. Schnak, М. Soyka [48] пришли к выводу, что пережитое в детском или юношеском возрасте сексуальное или физическое насилие относится к числу ведущих факторов риска наркотической зависимости, аутоагрессивного и суицидального поведения, криминального поведения и проституции. Другие зарубежные авторы сообщают также об очевидной взаимосвязи между сексуальным насилием, пережитым в детстве, и суицидальным поведением у злоупотребляющих ПАВ [47]. При изучении поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами, Р.А. Тиханов, Л.К. Шайдукова [38] констатировали у них стрессовые и психотравмирующие переживания. Негативное психотравмирующее воздействие оказывали случаи изнасилования, когда болезненно переживались не только факты недобровольного, принудительного вовлечения в половую связь, но и имевшие при этом место жестокость, цинизм и глумление над личностью. У обследованных наблюдались критическое снижение самооценки, появление суицидального настроения и суицидальных идей.

Анализ анамнестических данных, проведенный Н.В. Вережагиной [6], позволил проследить отдаленные последствия жестокого обращения с детьми, которые проявлялись в нарушениях психического развития ребенка в виде двух видов реактивной привязанности, личностных и эмоциональных нарушениях, социальных последствиях в виде формирования личности с суицидальными особенностями и возникновении при психических расстройствах суицидального поведения. Согласно данным автора, физическое на-

силие испытали на себе 67% пациентов. Эти действия осуществлялись в форме избиения (65%), истязания (11%), сотрясения (13%), в виде ударов (49%), прижигания горячими предметами (3%), жидкостями (1%), зажженными сигаретами (2%), в виде укусов (1%) и с использованием самых различных предметов в качестве орудий изуверства (3%). Однако патогенность того или иного психотравмирующего воздействия зависела не только и не столько от его силы и длительности, сколько от субъективной значимости его содержания для ребенка. Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на любое, в том числе сексуальное, насилие, являлись низкая самооценка, чувство вины и стыда. Для этих лиц была характерна постоянная убежденность в собственной неполноценности.

Безусловно, семейное насилие — это сложная и многоаспектная проблема в силу ее значительной распространенности. Для профилактики насилия вообще и при аддиктивных расстройствах в частности в наркологическую практику необходимо внедрять комплекс медико-психологических и юридических мероприятий. В свою очередь, установление причинно-следственных связей и вычленение значимых факторов, вызывающих гетеро- и аутоагрессивное поведение, позволяют строить клинический и социальный прогнозы.

В семьях, где родители злоупотребляют ПАВ, нарушаются все функции семьи и действуют специфические правила поведения, определяющие взаимоотношения между членами семьи: вовлечение ребенка родителями-аддиктами в собственную непродуктивную, саморазрушающую модель поведения.

В соответствии с теорией А. Бандуры (цит. по [11]), употребление ПАВ, переедание, трудовоголизма, другие виды зависимого поведения могут существовать в сознании как образец для подражания, как пассивно усвоенная модель поведения на основе социального научения или как непосредственное автоматическое подражание другим.

С.П. Елшанский [15] полагает, что существуют социальные механизмы распространения различных форм зависимости — межперсональное "заражение" зависимым поведением, при котором уже вовлеченный в него индивид, транслируя другим субъективно положительные качества такого поведения, его высокую значимость или желательность, индуцирует данных субъектов своей охваченностью этой страстью и рекрутирует их в ряды адептов. Особенно подвержены патологическому воздействию социокультурной среды дети и подростки с их податливостью к микросоциальным и модным влияниям. Группа детей и подростков с риском формирования наркотической зависимости состоит из двух подгрупп: имеющие опыт употребления

ПАВ и употребляющие их время от времени и не имеющие такого опыта, но являющиеся носителями выраженных факторов риска [36].

Оценивая состояния ребенка, который является созависимым по отношению к взрослому члену семьи, злоупотребляющему ПАВ, Т.Н. Дудко, Ю.В. Валентик, Н.В. Вострокнутов и др. [13] выявили, что в этих случаях, испытывая чувства стыда, злости, одиночества, недостатка близости, ребенок стремится вести себя и в семье, и в школе нарочито конфликтно, противопоставляет себя окружающим и их требованиям, отрицает любые проявления сочувствия, опеки по отношению к себе. Поэтому могут отмечаться рискованные по своим последствиям поступки, в том числе и наркотизация по мотивам протеста. В некоторых случаях более выраженной является линия поведения, направленная на уединение, отгороженность и отчужденность как от проблем семьи, так и от требований школы.

К.Ю. Сливко [37] считает, что семьи с аддиктивными родителями продуцируют людей двух типов: аддиктов и тех, кто заботится об аддиктах. Члены семьи обучаются языку аддикции. Когда приходит время образовывать свои семьи, они ищут людей, которые говорят с ними на одном аддиктивном языке. Такой поиск соответствующих людей, по мнению автора, происходит не на уровне сознания. Он отражает более глубокий эмоциональный уровень, так как эти индивидуумы опознают то, что им нужно. Родители обучают детей своим стилям жизни в системе логики, которая соответствует аддиктивному миру. Кроме того, злоупотребляющие ПАВ родители не способны обеспечить своему подростку даже минимальное материальное благополучие, оказать ему моральную поддержку, пробудить интерес к обучению.

Патологические отношения имеют двусторонний характер, образуя замкнутый порочный круг: большой химической зависимостью отрицательным образом влияет на функционирование семьи [49], а нарастающее или изначально имеющееся нарушение семейных отношений приводит к усилению злоупотребления ПАВ патологизированным членом семьи [42]. Воспитательное воздействие родителей, с точки зрения пропагандирования умеренного или контролируемого употребления алкоголя и других ПАВ, а также предостережения от злоупотребления ими в этих семьях весьма сомнительно. Как правило, фактическое поведение дополняется большей терпимостью и даже попустительским отношением к употреблению ПАВ. Дети и подростки пьющих родителей и родителей-алкоголиков достоверно чаще в своих играх изображают, подражая взрослым, ритуал произнесения тостов, оживленное общение собутыльников и последствия опьянения, что формирует скрытые установки, кото-

рые позднее будут определять их собственное поведение [35].

Согласно полученным результатам, у 79% опрошенных родители сами потребляют пиво с различной частотой, при этом о наличии конфликтов на почве приема спиртного сообщили 38%. У 61% респондентов родители не возражали против употребления детьми пива [40]. Доступность наркотиков и злоупотребление ими кем-либо из членов семьи (обследовано 2837 юношей и их матери), насилие, дистантные взаимоотношения родителей (особенно матери) с подростком и нарушения его поведения являются факторами риска употребления юношами сильных наркотиков [43].

Авторы исследования получили аналогичные данные при обследовании 246 больных кокаиновой наркоманией. У 75% из них были больные алкоголизмом или наркоманией родители, кроме того, значительное влияние на развитие тяжелой наркомании у подростков и юношей оказывает антисоциальное поведение родителей и соответствующие изменения личности у них. Однако собственная психическая патология с развитием такой наркомании оказалась несвязанной. У женщин в качестве дополнительных факторов риска выступают: отсутствие близких подруг, сексуальное оскорбление, тревога, депрессия, наличие суицидальных попыток в анамнезе и раннее наступление пубертатного криза [44]. Согласно данным литературы, семьи с одним здоровым родителем обеспечивали больше защиты от наркомании, чем семьи с двумя биологическими родителями, где последние употребляли ПАВ.

Другой стороной импринтинга является его непосредственная роль в формировании аутоагрессивного поведения. Известно, что высокая вероятность развития суицидоопасных состояний наблюдается в тех семьях, где кто-либо из родственников совершил попытку самоубийства (особенно это приходилось на раннее детство суицидента) [37].

Анализ литературы показывает, что факторы риска формирования и развития аддиктивного и аутоагрессивного поведения недостаточно исследованы и неоднородны по своему содержанию. Несомненно, указанные исследования весьма информативны, объективно заслуживают уважения и представляют научно-практический интерес. Следует отметить, что в подавляющем количестве работ изучение семейных факторов риска осуществляется ретроспективным методом (чаще это биографические сведения, полученные от больных и их родственников), который, на наш взгляд, не исключает субъективизм исследователя. Кстати, Е.М. Крупницкий, А.В. Борцов [25] указывают, что в наркологии значительную роль играют социокультурные факторы — семья, традиции, кван-

тифицированная стандартизованная оценка которых значительно затруднена. Думается, что необходимо внедрение специализированных методов обследования (например, анкет, шкал), позволяющих рассчитывать степень семейного риска и регистрировать характер семейных отношений длительное время. Возможно, данный подход обеспечит получение статистически достоверных результатов исследований и научно обоснованных практических рекомендаций.

Безусловно, рассмотрение взаимосвязи аддиктивного и аутоагрессивного поведения с психологических и психопатологических позиций имеет значительные перспективы в изучении и анализе этих феноменов. Вместе с тем, системный анализ аддикций неизбежно приводит к осознанию того, что факторы формирования и фиксации зависимого поведения различны как по способу происхождения и функционирования, так и по своей структурной сложности и направленности.

Очевидно, что приведенный анализ не является исчерпывающим, однако он дает возможность увидеть многоаспектность изучаемой проблемы и роль семейных факторов в динамике зависимости. В связи с этим, эффективное лечение и реабилитация возможны, если они строятся как системные воздействия, способные повысить возможности личности самореализоваться в динамичной микро- и макросоциальной среде. Несомненно, все факторы риска приобщения к химическим и нехимическим аддиктивным агентам не должны рассматриваться изолированно. Это имеет важное научно-практическое значение с точки зрения клинико-психопатологического анализа семейных факторов, а также организации первичной и вторичной профилактики аддиктивных расстройств.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств (изучение и проведение предупредительных мер). — М.: Академия МВД СССР, 1980. — 164 с.
2. Аронс К. Развод: крах или новая жизнь? / Перев. с англ. — М.: Мирт, 1995. — 448 с.
3. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс... на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 108 с.
4. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: предрасположенность // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного Федерального Округа. Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 89—94.
5. Вакаева Л.А., Идрисов К.А. Распространенность семейного насилия в чеченском обществе: гендерный аспект // Вторая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного Федерального Округа. Материалы конференции. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 126—128.
6. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Новосибирск, 2003.
7. Войцехович Б.А., Редько А.И. Социально-гигиенический "портрет" самоубийцы // Здравоохранение Российской Федерации. — 1994. — № 1. — С. 23—25.
8. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Том II. — № 2. — С. 56—65.
9. Гирич Я.П., Коробичина Т.В. Анализ социологических характеристик семьи как прием определения риска деструктивной зависимости личности // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 183 — 185.
10. Голод С.И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты. — Л.: Наука, 1984. — 136 с.
11. Дереча В.А., Дереча Г.И., Постнов В.В. Психология зависимого развития личности и созависимостей // Клиническая психология и практическое здравоохранение. Сб. материалов научно-практической конференции. — Самара, 2002. — С. 29—32.
12. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс... на соискание ученой степени д.м.н. — Москва, 2003. — 250 с.
13. Дудко Т.Н., Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами — Москва, 2001. — 68 с.
14. Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д., Малыгин В.А. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106. — № 5. — С. 63—70.
15. Елшанский Е.П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // Вопросы наркологии. — 2006. — № 2. — С. 59—62.
16. Исаева Э.Г. Картина личности и зависимость от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 2006. — №5. — С. 86—93.
17. Жабо Е.А. Суицидальные тенденции у больных алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004.
18. Каплан Г.И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия в 2 т. Т. 2: перевод с английского — М.: Медицина, 1994. — 528 с.
19. Коновалов О.Е. Семья, брак, здоровье // Здравоохранение Российской Федерации. — М.: Медицина. — 1994. — № 6. — С. 27—30.
20. Косенко В.Г., Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш. Проблемы суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 342 — 343.
21. Котова О.А. Современная российская семья и ее роль в развитии личности подростка // Проблемы психического здоровья молодежи в XXI веке. Материалы международной научно-практической конференции. — Пенза, 2003. — С.110 — 112.
22. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах // Вопросы наркологии. — 2005. — № 3. — С. 57—67.
23. Кошкина Е.А. и др. Основные принципы организации наркологической помощи детям и подросткам // Вопросы наркологии. — 2005. — № 4—5. — С. 12—19.
24. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Перев. с чешского. — М.: Медицина, 1991. — 335 с.
25. Крупницкий Е.М., Борцов А.В. Парадигма доказательной медицины: принципы, проведения клинических исследований в наркологии // Вопросы наркологии. — 2005. — № 6. — С. 3—15.
26. Крыжановская Л.А. Особенности суицидального поведения в США // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т.10. — С. 97—105.
27. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореферат дисс. к.м.н. — Москва, 2001. — 21 с.

28. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е., Нужный В.П. Смертность от отравлений алкоголем // Вопросы наркологии. — 2005. — № 3. — С. 68 — 81.
29. Михалева Л.Д., Михайлов И.В., Колемагин Б.А. Оценка наркологической ситуации в подростковой среде Дальневосточного Федерального Округа // Вопросы наркологии. — 2005. — № 4—5. — С. 64—70.
30. Москаленко В.Д. Дети больных алкоголизмом (возраст до 18 лет). — М.: НПО Союзмединформ, 1990. — 68 с.
31. Новикова И.А. Семья как фактор приобщения подростков к употреблению психоактивных веществ // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 322.
32. Парчина Г.Н., Семенова-Полях Г.Г. Метод М. Мюррей в третичной профилактике химической зависимости (опыт применения) // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции. — Казань, 2006. — С. 195—199.
33. Пушина В.В. Биологические и социально-психологические факторы алкогольной зависимости у подростков // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 324—325.
34. Сенцов В.Г., Богданов С.И., Кошкина Е.А. и др. Острые отравления суррогатами опия и героином: опыт Екатеринбурга // Вопросы наркологии. — 2001. — №6. — С. 38—47.
35. Сеттертобулт В., Йенсен В.В., Гуррелман К.Г. Употребление алкоголя молодыми людьми в странах Европы // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Том II. — № 2. — С. 23—50.
36. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационное консультирование подростков, употребляющих психоактивные вещества и склонных к рискованному поведению // Вопросы наркологии. — 2005. — № 4—5. — С. 20—37.
37. Сливко К.Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов. Дисс... на соискание ученой степени канд. мед. наук. — Владивосток, 2003. — 160 с.
38. Тиханов Р.А., Шайдукова Л.К. поведенческие расстройства у женщин, злоупотребляющих опиоидами: промискуитетный тип // Вопросы наркологии. — 2005. — № 2. — С. 36—42.
39. Худяков А.В., Ульянов И.В. Аддикция психоактивными веществами и ранняя половая жизнь // Современные проблемы наркологии. Материалы научно-практической конференции. — Астрахань, 1999. — С. 167—173.
40. Шпаков А.В., Кривулин Е.Н., Валиев Ю.И., Яновский А.Е. Проблема потребления пива среди молодежи Челябинска // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья. III Международный конгресс. — Казань, 2006. — С. 332.
41. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
42. Billings A.G., Moos R.H. Psychosocial process of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and evaluators // Addict. Behav. — 1983. — Vol. 8. — № 3. — P. 205—208.
43. Brook J.S., Brook D.W., De La Rosa et al. Adolescent illegal drug use: The impact of personal-ity, family, and environmental factors // J. Behav. Med. — 2001. — Vol. 24. — № 2. — P. 183—203.
44. Freshman A., Leinwand C. The implication of female risk factors for substance abuse prevention in adolescent girls // J. Prev. and Interv. Commun. — 2001. — Vol. 21. — № 1. — P. 29—51.
45. Jeynes W.H. The effects of parental divorce on their children's consumption of alcohol // J. Youth Adolesc. — 2001. — Vol. 30. — № 3. — P. 305—319.
46. Kreitman N., Casey P. Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study // Brit. J. Psychiatry. — 1988. — Vol. 153. — P. 792—800.
47. Rossow I., Lauritzen G. Shattered childhood: a key issue in suicidal behaviour among drug addicts? — Addiction. — 2001. — Vol. 96. — № 2. — P. 227—240.
48. Shafer M., Schnak B., Soyka M. Sexual physical abuse during early childhood or adolescence and latter drug addiction // Psychoter-Psychosom-Med-Psychol. — 2000. — Vol. 50. № 2. — P. 38—50.
49. Thorley A. Psychiatric aspects of problem drinking // Med. Int. — 1985. — Vol. 2. — № 15. — P. 645—648.

HOUSEHOLD FACTORS OF DEVELOPMENT OF ADDICTIVE AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR

BISALIEV R.V. cand.med.sci., deputy of narcological center of the Astrakhan State Medical Academy

Household factors influence on development of addictive and autoaggressive behaviour are dedicated. Conclusion: all factors of the risk of the joining to chemical and non-chemical agents must be not considered is insulated friend from friend. This has important scientifically-practical importance with standpoint clinic-psychological of the analysis household factor, as well as organizations primary and secondary preventive maintenance addiction dysfunctionals.