

УДК 616.89-008.441.13

## ВЛИЯНИЕ ТИПА ДИНАМИКИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ТЕЧЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

### THE INFLUENCE OF THE TYPE OF DYNAMICS OF THE FAMILY SYSTEM OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE DURING TREATMENT PATHOLOGY

**А.В. Меринов, А.В. Лукашук**  
**A.V. Merinov, A.V. Lukashuk**

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,  
Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov,  
Russian, 390026, Ryazan, Visocovoltnaya St., 9

E-mail: merinovalex@me.com, lukashuk-alex62@yandex.ru

**Аннотация.** Работа исследует особенности динамики внутрисемейных отношений на фоне алкогольной зависимости супруга с целью оценки существования каких-либо значимых клинических отличий в формировании и развитии наркологического заболевания в зависимости от варианта развития семейной системы. Авторы предлагают и обосновывают существование отдельных клинико-феноменологических типов развития семейных отношений в подобных браках: с перманентно закрытой семейной системой, а также первично и вторично открытыми семейными системами. Материалы и методы исследования. Обследовано 125 семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Результаты исследования. В работе приводится подробная клинико-феноменологическая характеристика течения основного наркологического заболевания в зависимости от особенностей формирования типа семейной системы. Показано, что наиболее недоброкачественное течение алкогольной зависимости встречается при перманентно закрытой и вторично открытой семейных системах, где, соответственно, наиболее в классическом виде представлен созависимый ответ супруги, длящийся либо все время существования брака, либо резко прекращающийся во втором случае. При варианте с первично открытой семейной системой мы наблюдаем наиболее мягкое «безсозависимое» развитие алкогольной зависимости. Таким образом, можно предположить, что особенности клинической динамики алкогольной зависимости находятся в определенной зависимости от особенностей реакции супруги на болезнь мужа и, соответственно, от типа динамики семейной системы. Это имеет важное значение для проведения результативной профилактической и лечебно-коррекционной работы в наркологии. Кроме того, значительно расширяются существующие теоретические представления о браках с алкогольной зависимостью супруга вообще и явлении созависимости в частности.

**Resume.** The work explores the dynamics of family relationships against the background of alcohol dependence spouse. It is shown that in different family systems, codependency, spouses reaction develops unevenly in different scenario. This allowed the authors to suggest and justify the existence of separate clinical and phenomenological types of development of marital relations in these families: permanently closed, the primary and secondary open family systems. Also, the study assessed the severity and presence of self-injurious patterns formed codependent, and drug characteristics of the spouses, taking into account different options the dynamics of family relationships. It is of fundamental importance for effective preventive, therapeutic, and remedial work in practice as addiction, and experienced by. In addition, significantly expanding the existing theoretical conceptions about marriage with alcoholic dependence of the spouse in General and the phenomenon of codependency in particular.

**Ключевые слова:** типология семей больных алкогольной зависимостью, алкогольная зависимость, клинические особенности алкогольной зависимости, аутоагрессия, созависимость.



**Keywords:** types of families of patient's dependent of alcohol, alcohol dependence, clinical features of alcohol dependence, autoaggressive, co-dependence.

## Введение

Алкогольная зависимость – широко распространенное заболевание как в России, так и за рубежом. В связи с огромными медико-социальными проблемами, создаваемыми ею, она привлекает внимание ученых всего мира [Ворошилин, 2012., Розанов, 2012]. Общее мнение говорит о необходимости поиска эффективных и результативных методов борьбы как с самим алкоголизмом, так и с феноменом созависимости. Одним из актуальных подходов, дающих возможность шире взглянуть на затрагиваемую проблему, являются представления о воздействии качества функционирования семьи на генез и динамику вышеуказанных явлений [Москаленко, 2002; Меринов, Лукашук, 2014].

Традиционный подход к изучению наркологических характеристик членов подобных семей был максимально статичным [Разводовский, Дукорский, 2014]. То есть существовали некие совокупные характеристики, оценивающие влияние длительности существования брачных отношений на рассматриваемые характеристики [Harter, 2000; Schuckit, 2000]. Данные, которые мы получили, [Меринов, 2012] позволяют утверждать, что исследуемые браки в динамическом, клиническом, суицидологическом аспектах являются неоднородной группой. Это дает возможность применить оригинальное типологическое деление браков, которое позволяет использовать максимально индивидуальные психотерапевтические подходы.

Прежде чем перейти к клинико-наркологической и суицидологической характеристикам супругов при разных типах развития семейной системы, в браках мужчин, страдающих от алкогольной зависимости, остановимся на описании предложенной нами типологии.

Понятие границ семьи вытекает из теории семейных систем. Абсолютно любая семья предполагает наличие внутреннего семейного («своего») и внешнего несемейного («чужого») пространства. Для описания взаимоотношений между семьей и социальным окружением используется такой фактор, как «границы семейной системы», а также их гибкость и степень проницаемости. Доказано, что структурная и функциональная патология описанных семейных границ является одной из важнейших системных характеристик дисфункциональных браков, в частности семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ).

Одной из основных особенностей «алкогольных» браков, описанной большинством учёных, является феномен «закрытой семейной системы», то есть социальной изоляции, которая является одной из главных динамических характеристик созависимой реакции близких [Hudak, Krestan, Вepko, 1999; Kaufman, 1986]. Поведение членов семьи, в первую очередь супруги, подчинено сокрытию алкоголизма мужа, семейных конфликтов и семейного насилия [Noström, 1995; Hussong, 2008; Jordan, 2010; Miller, 2000]. Это своеобразный заговор молчания по поводу семейных и наркологических проблем.

Закрытая семейная система является следствием закономерного прохождения семьей больного алкогольной зависимостью ряда этапов и стадий, и обычно преподносится как некое конечное состояние, после которого следует либо развитие у супруги психосоматозов, депрессий, суицидальных реакций и смирения либо развода [Шитов и др., 2015; Меринов и др., 2015]. Как показывает практика, далеко не всегда существует указанная поступательная динамика и феномен «закрытой семейной системы» имеет ряд принципиально важных особенностей.

Обнаружено, что основные суицидологические и наркологические показатели у супругов зависят от степени открытости/закрытости семейной системы, что позволило

нам разделить все браки МСАЗ на три основные группы, используя в качестве группообразующего фактора вышеуказанный феномен.

Выделены три конкретных варианта динамики семейной системы: с перманентно закрытой семейной системой, первично открытой и вторично открытой семейными системами. Самым редким вариантом являлся имеющий в своей основе элементы эпискрипта, о чем мы уже подробно сообщали ранее [Меринов, Шустов, 2001].

Самой распространенной являлась модель брака с перманентно закрытой семейной системой. Это наиболее типичный вариант семейной динамики, когда после этапа усиленной борьбы за здоровье мужа жена делает границы семьи непроницаемыми и ригидными, «запирая» проблему зависимости внутри узкого семейного круга. Так начинается многолетний этап имитации гармоничной, счастливой и беспроблемной семьи.

Подобный вариант встречается у 61.6% обследованных семей [Меринов, 2012]. Через годы красной нитью в подобных браках мужчин с алкогольной зависимостью (МСАЗ) проходит желание супруги и индуцированных ею детей скрывать постыдную тему отцовского пьянства. Возникает тотальная закрытость с импульсивно возникающими попытками спасти мужа, с постоянными чувством вины и навязчивыми угрызениями совести. То есть чувство вины, угрызения совести, отсутствие критики в отношении своего поведения, а также склонность к принятию вины за других людей (например, за мужа, который «не пришел к врачу»), являются главными дифференциальными маркерами этого типа динамики семейной системы.

Данный тип реакций жены и детей максимально полно соответствует состоянию, описываемому как созависимость. Женщины часто обладают патологической потребностью в заботе о ком-либо, наполняя таким образом смыслом свою жизнь. Такие супруги обычно занимают патологическую роль «Спасителя», даже провоцируя мужа с его зависимостью, чтобы осуществлять его спасение, что и создает известную цикличность таких отношений.

Развитие перманентно закрытой семейной системы может заканчиваться разводом, что ряд авторов описывает как терминальную стадию созависимой реакции [Hudak, Krestan, Verko, 1999; Kaufman, 1986; Меринов и др., 2011], однако и после развода возникает тенденция к новым «алкогольным» бракам, с восстановлением закрытых отношений на новом уровне.

Вторым по встречаемости является брак с вторично открытой семейной системой. Данный тип динамики семьи подразумевает инициальную закрытость на своем начальном этапе, но достаточно скоро система лжи, направленная на выгораживание супруга, создание мнимой семейной «нормальности» перестают поддерживаться женой, что запускает этап вторичной открытости семьи. АЗ мужа перестаёт быть «семейной тайной», что приводит к выраженному изменению имеющихся семейных ролей и другим, «не созависимым» отношениям [Меринов, 2013].

Данный вариант присутствовал в 20.8% обследованных нами семей. Начальной изоляции способствовали неудачи в борьбе с заболеванием мужа в результате многократных попыток его излечить. Уровень активности «спасающих» мероприятий изначально был более умеренный. Неудачи в лечении мужа сопровождалась переживанием разочарования, гнева, а не вины и стыда, как у супругов из браков с перманентно закрытой семейной системой. Потом наступала фаза бессилия, которая сопровождалась частыми депрессивными переживаниями, но не заканчивающаяся окончательным блоком в проницаемости семейных границ. Возникал феномен ситуационного инсайта – спонтанно или под воздействием каких-либо внешних факторов супруга осознавала бесполезность, тщетность собственных усилий. Иногда этот момент хорошо очерчен в семейной истории, иногда проходил более сглажено. Сами жены характеризуют этот момент, как «с алкашом связалась», «надоело», «устала от всего», «буду жить для детей».



Различными путями происходит раскрытие и семейная система перерождается во вторично открытую: «Да, мой муж алкоголик, не повезло». Через какое-то время могут спонтанно исчезать проявления псевдосозависимого состояния. Супруга больше времени начинает уделять себе и детям. Этот момент часто служит исходной точкой для развода. Большинство обследованных нами разведённых женщин, бывших жен МСАЗ, прервали брачные отношения именно в этот период (77.4%) [Меринов, 2012].

Таким образом, в данном случае созависимость не имеет классического характера, а является экзогенной реакцией созависимого типа на зависимость супруга, что можно обозначить как реактивно-созависимая или псевдосозависимая реакция.

Самым редким вариантом является модель брака с первично открытой семейной системой. В этом случае, по мнению супруги, алкогольная зависимость у мужа носит мягкий и «приемлемый» характер и ни от кого не утаивается. Даже в случае явной клинической картины алкогольной зависимости она не расценивается женой как проблема. Супруги рассматривают злоупотребление алкоголем как вынужденный атрибут карьеры мужа и т. д. Сами часто были воспитаны в семьях с алкогольными традициями, где употребление алкоголя трактовалось как стандартный мужской паттерн поведения, а авторитет мужчины как главы семьи был традиционно высок. Супруга не поднимает вопросов, касающихся алкоголизма мужа, так как «он сам взрослый и способен принимать решения». Возмущения по поводу проблем с алкоголем возникают редко и носят журащий характер.

Данные отношения, которые изначально взаимовыгодны и конгруэнтны, сохраняются на протяжении всего брака. Течение зависимости можно охарактеризовать как индивидуальный алкоголизм мужчины без участия в его развитии созависимой реакции супруги. Можно утверждать, что феномен созависимости в классическом понимании в подобных браках отсутствует. Данный тип динамики алкогольного брака можно обозначить как «безсозависимый». Он встретился в 15.2% изученных нами браков МСАЗ [Меринов, 2012].

При беглой оценке наркологических особенностей супруга были обнаружены существенные отличия таковых, зависящие от варианта брачной динамики.

### Цель

Целью настоящего исследования являлось изучение наркологических характеристик мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, проживающих в условиях того или иного варианта развития семейной системы.

### Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач были обследованы 125 семей МСАЗ. Средний возраст МСАЗ составил  $41.8 \pm 4.3$  года, их жён –  $40.5 \pm 4.7$  года. Срок семейной жизни в браке у МСАЗ равнялся  $16.5 \pm 5.3$  года, у их жён  $15.9 \pm 4.7$  года. Все пациенты находились в брачных отношениях. Все обследованные лица с алкогольной зависимостью клинически находились во 2, 2–3 стадии заболевания. Больные 1 и 3 стадиями алкогольной зависимости из исследования исключались. Возраст формирования алкогольной зависимости составил  $24.64 \pm 2.7$  года.

Преобладающей формой употребления алкоголем являлась псевдозапойная: она была диагностирована у 95.2% пациентов (119 человек). У 52.8% (66 пациентов) наблюдалось среднепрогредиентное формирование алкогольной зависимости.

В качестве контрольных групп были использованы 62 семьи (62 мужчины и 62 женщины), в которых муж и жена не имели признаков алкогольной зависимости, возраст обоих супругов находился в пределах от 30 до 50 лет.

Средняя длительность псевдозапойного периода в экспериментальной группе составила  $7.0 \pm 4$  дня, средний нетерапевтический «светлый промежуток» –  $53.1 \pm 15.42$  дня.

На момент исследования толерантность составила от 0,5 до 2,0 литров в пересчёте на водку спиртных напитков в сутки ( $1,1 \pm 0,5$  литра в сутки). Мы также собрали информацию о частоте употребления суррогатов алкоголя, однако не интересовались их количеством, так как для суррогатов не существует стандартных способов измерения объёма и содержания алкоголя. В нашем опроснике суррогаты были определены как субстанция, которая содержит алкоголь, но не предназначенная для употребления внутрь. Сюда отнесены одеколоны, автомобильные жидкости, содержащие алкоголь лекарства, а также некоторые другие спиртосодержащие жидкости.

Употребление суррогатного алкоголя мы обнаружили у 52% мужчин экспериментальной группы. А у 26% проводились реанимационные мероприятия в связи с отравлением алкоголем и его суррогатами. 17% обследованных ранее перенесли алкогольные психозы. Почти 40% ранее уже лечились от алкогольной зависимости; причем 69% из них возобновляли употребление алкоголя на фоне терапевтического запрета.

Диагностика синдрома алкогольной зависимости производилась по МКБ-10 (Психические расстройства и расстройства поведения, 1998). В связи с тем, что МКБ-10 предназначена в большей степени для статистических целей и не может заменить собой концептуальных классификаций, сохраняющих своё значение для наркологии как науки, дополнительно использовались критерии Глоссария «Стандартизированные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов». Прогрессиентность алкогольной зависимости оценивалась в соответствии с методическими указаниями «Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма» и критериями Г.В. Морозова и Н.Н. Иванца (1981). Диагнозы оформлялись в соответствии с критериями МКБ-10.

Предварительный скрининг в контрольных группах на наличие признаков алкоголизма проводился с использованием теста «CAGE» [Меринов, 2015]. Положительный ответ хотя бы на один из вопросов теста «CAGE» исключал респондента из дальнейшего исследования как вероятного носителя алкогольной зависимости. При отсутствии положительных ответов проводилась дополнительная клинико-диагностическая беседа.

Оценка семейных отношений проводилась на основании клинико-анамнестических сведений, которые отражают ход развития брачных отношений на всех этапах функционирования диады «аддикт-семейное окружение» [Меринов, 2012].

Статистический анализ и обработку данных, проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде  $M \pm m$  (средней  $\pm$  стандартное квадратичное отклонение).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой. Течение алкогольной зависимости у пациентов из данных браков можно охарактеризовать как наиболее «мягкое», что отражено в таблице 1.

Прежде всего это касается типа преобладающей прогрессиентности. Так, в 73.69% обнаруживался низкопрогрессиентный тип развития алкогольной зависимости. Позже формировался алкогольный абстинентный синдром, при похожих сроках начала злоупотребления алкоголем.

Для пациентов этой группы менее характерно употребление суррогатов алкоголя, ниже толерантность к алкоголю, чаще встречаются длительные терапевтические ремиссии.

На фоне актуальной лечебной программы в группе отсутствовали «срывы», 60% пациентов продлевали срок лечебного воздействия.

Таблица 1  
Table. 1

Наркологические характеристики МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой  
(приведены пары сравнений  $p < 0.05$ )  
Drug characteristics of men from marriages with primary open family system  
(the above pair comparisons  $p < 0.05$ )

Признак	МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой	МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой	МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой
Высокопрогредиентное течение алкогольной зависимости	0%	26.92%	31.1%
Среднепрогредиентное течение алкогольной зависимости	26.32%	69.24%	55.84%
Низкопрогредиентное течение алкогольной зависимости	73.69%	3.85%	12.98
Толерантность (в пересчёте на водку, в л.)	0.7±0.2	1.1±0.4	1.2±0.4
Возраст возникновения похмельного синдрома	36.6±2.4	30.2±5.1	28.0±4.7
Употребление суррогатов алкоголя в анамнезе	21.05%	61.54%	54.55%
Длительность ремиссии после лечения (в месяцах)	38.8±21.7	13.6±7.6	23.3±15.4
Добровольное продление «терапевтической программы»	64.71%	8.6%	23.72%
Ремиссия более пяти лет	29.42%	8.7%	5.07%

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой. Отличия от пациентов из браков с первично открытой семейной системой приведены выше (см. таблицу). От мужчин из семей с вторично открытой семейной системой эта группа отличается более ранним началом употребления алкогольной продукции (21.2±2.5 и 23.0±3.0 соответственно,  $p < 0.05$ ), сравнительно редким возникновением алкогольных психозов (12.99% и 34.62% соответственно,  $p < 0.05$ ), наличием срывов на фоне лечения в анамнезе (91.67% и 63.64% соответственно,  $p < 0.05$ ).

Несмотря на похожую клиническую картину, группы отличаются терапевтическими показателями в пользу МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой. Это в первую очередь касается длительности ремиссии после проведённого лечения (23.3±15.4 и 13.6±7.6 месяцев соответственно,  $p < 0.05$ ), количества ранних (до шести месяцев) «срывов» (5.17% и 26.09% соответственно,  $p < 0.05$ ); начала употребления алкоголя на фоне действия терапевтической программы (15.25% и 52.17% соответственно,  $p < 0.05$ ) и использования «раскодирования» (11.86% и 56.52% соответственно,  $p < 0.05$ ).

По срокам ремиссии после проведённого лечения МСАЗ этой группы достоверно занимают промежуточное место в континууме: МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой – МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой – МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой (38.8±21.8; 23.3±15.4; 13.6±7.6 соответственно,  $p < 0.05$  в обоих парах сравнений).

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой. Интересующие нас показатели группы во многом сходны с такими же у МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой, но имеются определенные терапевтические особенности группы, формирующие ее клинко-терапевтическую специфичность.



Именно эти пациенты чаще прибегали к процедуре «раскодирования» – (56.52%,  $p < 0.05$ ). Так, при коротких терапевтических ремиссиях и частых ранних нарушениях режима трезвости у МСАЗ этой группы количество эпизодов употребления алкоголя без снятия лечебной программы был меньше, чем среди пациентов из браков с permanently закрытой семейной системой (где подобной процедурой воспользовалось только 11.9% пациентов), что, на наш взгляд, связано с высокой степенью ответственности за собственную жизнь, возникающей у МСАЗ, потерявших permanentную заботу созависимых жен, как в результате формирования вторичной открытости, так и в случае распада брака [Меринов, Шустов, 2001].

Любопытным в наркологическом контексте, на наш взгляд, является и «наследственная» отягощенность алкогольной зависимостью родителей у респондентов из браков с различной динамикой семейной системы, что нашло отражение в таблице 2.

Таблица 2  
Table. 2

Представленность алкогольной зависимости у родителей респондентов  
Representation of alcohol dependence among parents of respondents

Тип динамики семейной системы	МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой в %	МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой в %	МСАЗ из браков с permanently закрытой семейной системой в %
Количество зависимых от алкоголя родителей	40+~	69.24+	70.1~

Примечание: знаками +, ~ выделены пары сравнений с  $p < 0.05$ .

Хорошо заметно, что МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой характеризует достоверно меньшее количество страдающих алкогольной зависимостью родителей, что созвучно данным, приводимым выше. Более того, этот показатель в изучаемой группе был близок к таковому в репрезентативной группе мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, где он составил 32.26% [Меринов, 2012].

### Заключение и выводы

Полученные данные позволяют обосновать практическую и клиническо-терапевтическую значимость данной типологии динамики семейной системы в семьях мужчин, больных алкогольной зависимостью.

Указанные выше результаты демонстрируют, что наркологическая характеристика супругов значительно отличается друг от друга в зависимости от типа динамики семейной модели.

Предлагаемая модель позволяет нам взглянуть на семейные отношения в исследуемых браках по-новому, что имеет принципиальное значение для построения эффективных, высокодифференцированных терапевтических подходов в наркологической практике.

Впервые продемонстрировано, что феномен «созависимости» как с позиций наркологии, так и суицидологии не является однотипной реакцией супруги на алкогольную зависимость мужа, как это считалось раньше.

Типы реакций жены на болезнь мужа варьируют в зависимости от модели развития семейной системы и наоборот. Целесообразно выделять: классическую созависимую реакцию (браки с permanently закрытой семейной системой), безсозависимую (браки с первично открытой семейной системой), временно созависимая, или псевдосозависимая (браки с вторично открытой семейной системой). Это, в значительной степени, определяет суицидологическую и личностную характеристики этих женщин, как и особенности их мужей.



Данная типология может быть рекомендована для широкого использования в наркологической практике.

*В отношении данной статьи не было зарегистрировано ни одного потенциального конфликта интересов.*

### Список литературы

#### References

1. Ворошилин С.И. 2012. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах. Суицидология. 2: 23–33.

Voroshilin S.I. 2012. Alkogol'nyy faktor sredi prichin rosta samoubiystv v SSSR i v postsovetstskih gosudarstvakh [Alcoholic factor among the reasons for the increase in suicides in the USSR in the post-Soviet States]. Suitsidologiya. 2: 23–33. (in Russian)

2. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. 2011. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных). Российский мед.-биол. вестник. 3: 136–141.

Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. 2011. Sovremennye vzglyady na fenomen sozavisimogo povedeniya pri alkogol'noj zavisimosti (obzor literaturnykh dannykh) [Modern views on the phenomenon of addictive behavior in alcohol dependence (literature data)]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 3: 136–141. (in Russian)

3. Меринов А.В. 2012. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. М., 277.

Merinov A.V. 2012. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nykh alkogol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej [Self-injurious behavior, and assessment of suicide risk in patients with alcohol dependence and members of their families]. Abstract dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. M., 277. (in Russian)

4. Меринов А.В., Шустов Д.И. 2001. Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиций модели эпикрипта. Наркология. 11: 28–35.

Merinov A.V., Shustov D.I. 2001. Semeynaya dinamika samorazrushayushchikh patternov povedeniya v sem'yakh bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu s pozitsiy modeli episkripta [Family dynamics of self-destructive patterns of behavior in families of patients with alcohol dependence with the positions of the model apescript]. Narkologiya. 11: 28–35. (in Russian)

5. Меринов А.В., Шустов Д.И. 2001. Влияние развода на суицидологические, наркологические и личностно-психологические показатели мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Наркология. 3: 69–73

Merinov A.V., Shustov D.I. 2001. Vliyanie razvoda na suitsidologicheskie, narkologicheskie i lichnostno-psikhologicheskie pokazateli muzhchin, stradayushchikh alkogol'noy zavisimost'yu [The effect of divorce on results, substance abuse and personal-psychological indicators of men with alcohol dependence]. Narkologiya. 3: 69–73. (in Russian)

6. Меринов А.В. 2013. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик. Тюменский медицинский журнал. 15 (1): 15–18.

Merinov A.V. 2013. Tipologija semej muzhchin, stradajushhih alkogol'noj zavisimost'ju, s pozicij narkologicheskoy i suicidologicheskoy praktik [The typology of the families of men suffering from alcohol addiction, drug and from the standpoint of a suicide practices]. Tjumenskij medicinskij zhurnal. 15 (1): 15–18. (in Russian)

7. Меринов А.В., Лукашук А.В. 2014. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс]. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн.. 4(7): 37–48. Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=109>.

Merinov A.V., Lukashuk A.V. 2014. Osobennosti detej, vyrosshih v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju [Especially children, who grew up in families where a parent has suffered alcohol dependence. Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: jelektron. nauch. Zhurn [Person in a changing world: health, adaptation, development: the electron. scientific. Zh]. 4 (7): 37–48. Mode of access: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=109>. (in Russian)



8. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю. 2015. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 4: 81–86.

Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju. 2015. Autoagressivnaja harakteristika zhenshhin, sostojashhih v brake s muzhchinami, stradajushhimi alkogolizmom [Autoagressive characteristic of women who are married to men suffering from alcohol dependence]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 4: 81–86. (in Russian)

9. Меринов А.В., Меринов Н.Л., Юрченко А.И., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю., Байкова М.А. 2015. Суицидологическая, личностно-психологическая и наркологическая характеристики супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично закрытой семейной системой. Суицидология. 6 (1 (18)): 24–32.

Merinov A.V., Merinov N.L., Jurchenko A.I., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju., Bajkova M.A. 2015. Suicidologicheskaja, lichnostno-psihologicheskaja i narkologicheskaja harakteristiki suprugov iz brakov muzhchin, stradajushhih alkogol'noj zavisimost'ju, s pervichno zakrytoj semejnoj sistemoj [A suicide, personality and psychological characteristics and Drug spouses of married men suffering from alcohol dependence, with primary closed family system]. Suicidologija. 6 (1 (18)): 24–32. (in Russian)

10. Москаленко В.Д. 2002. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕР СЭ, 336.

Moskalenko V.D. 2002. Zavisimost': semejnaja bolezni' [Addiction: a family disease]. Moskva: PER SJe, 336. (in Russian)

11. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. 2014. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью. Суицидология. 2 (15): 38–42.

Razvodovskiy Yu.E., Dukorskiy V.V. 2014. Korrelyaty suitsidal'nogo povedeniya muzhchin, stradayushchikh alkogol'noy bolezni'yu [Correlates of suicidal behaviour among men suffering from alcohol disease]. Suitsidologiya. 2 (15): 38–42. (in Russian)

12. Розанов В.А. 2012. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. Суицидология. 4: 28–40.

Rozanov V.A. 2012. Samoubiystva, psikho-sotsial'nyy stress i potreblenie alkogolya v stranakh byvshogo SSSR [Suicide, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR]. Suitsidologiya. 4: 28–40. (in Russian)

13. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. 2015. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 4: 87–90.

Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. 2015. Klinicheskaja i suicidologicheskaja harakteristika bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju s soputstvujushhim pogramichnym rasstrojstvom lichnosti [The clinical and sociological characteristics of patients with alcohol dependence with a concomitant borderline personality disorder]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 4: 87–90. (in Russian)

14. Harter S.L. 2000. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. Psychol. Rev. 20 (3): 311–337.

15. Hudak J., Krestan J.A., Bepko C. 1999. Alcohol problems and the family life cycle. The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives/eds.: B. Carter, M. McGoldrick. 3 ed. Boston: Allyn and Bacon, 455–469.

16. Hurcom C., Copello A. 2000. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades. Substance Use & Misuse. 35 (4): 473–502.

17. Hussong A. 2008. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. J. Abnorm. Psychol. 117 (1): 63–78.

18. Jordan S. 2010. The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 53 (4): 340–346.

19. Kaufman E. 1986. The family of the alcoholic patient. Psychosomatics. 27 (5): 347–360.

20. Schuckit M.A. 2000. The relationships of a family history of alcohol dependence: A low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders. J. Stud. Alcohol. 61: 827–835.

21. Miller W.R. 2000. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. - Rockville, 99–106.

22. Noström T. 1995. The Impact of Alcohol, Divorce, and Unemployment on Suicide: A Multilevel Analysis. Social Forces. 74 (1): 293–314.