

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

На правах рукописи

Полкова Ксения Владимировна

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ ВУЗОВ
С ПАТТЕРНОМ ОПАСНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Меринов Алексей Владимирович

Рязань – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	15
1.1. Суицидальное поведение и расстройства, связанные с употреблением алкоголя.....	15
1.2. Место лиц с донозологическими формами злоупотребления алкоголем в наркологической практике	18
1.3. Специфика потребления алкоголя и суицидологические особенности лиц молодого возраста, в том числе в период обучения в вузе	23
1.4. Современное представление об опасном употреблении алкоголя	26
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	30
2.1. Дизайн исследования	30
2.2. Методология и методы исследования.....	30
2.3. Материалы исследования	37
2.3.1. Характеристика участников исследования.....	37
ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ ВУЗОВ С ПАТТЕРНОМ ОПАСНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ	39
3.1. Суицидологическая характеристика обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	39
3.2. Суицидологическая характеристика обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	52
3.3. Гендерные особенности суицидологической характеристики обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя	60
3.4. Психологические особенности обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, значимые для суицидологической практики.....	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ	77
ВЫВОДЫ	81

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ	
ТЕМЫ	83
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	84
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	85
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	110
ПРИЛОЖЕНИЯ	112

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема суицидов является одной из самых распространенных в мире, унося сотни тысяч жизней людей ежегодно, о чем свидетельствует множество работ [60, 162, 193, 194, 168]. Данный феномен затрагивает самые разнообразные возрастные категории, в том числе молодых мужчин и женщин [118, 195, 202]. По данным, представленным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), среди молодых людей в возрасте 15-29 лет самоубийство является одной из ведущих причин смерти [196], занимая четвертое место. При этом понятно, что суицид является лишь вершиной «айсберга», помимо которого существует ряд иных аутоагрессивных феноменов [8, 93, 99, 107], составляющих также значимую долю и требующих пристального внимания специализированных служб.

В настоящее время существуют различные взгляды на причины запуска суицидального поведения [32, 59, 151, 153, 163, 165]. Одной из подобных причин, получивших достаточно однозначную оценку, является корреляция между объемами приема алкоголя и числом суицидов [52, 65, 101, 109]. Связь суицидального поведения с злоупотреблением алкоголем неоднократно описывалась и была доказана различными исследователями [45, 71, 101, 105, 142, 147, 198], являя собой практически неоспоримое явление.

Тем не менее, суицидальное поведение традиционно связывают именно с наличием алкогольной зависимости, по этой причине большая часть публикаций, касающихся связи аутоагрессивного поведения и злоупотребления алкоголем, доказывает вклад именно сформированной алкогольной зависимости [1, 101, 105]. Алкоголизм уже давно рассматривается как вариант «хронического суицида» [42], нанося значительный урон социально-экономическому благополучию населения, разрушая жизнь самого зависимого и его окружения [42].

Очевидно, что алкогольная зависимость не формируется с первых проб алкоголя, и развитию заболевания предшествует значительное количество лет потребления спиртных напитков, когда мы еще не можем квалифицировать такую модель потребления как зависимость. Речь идёт о донозологическом, предболезненном [11, 25] потреблении спиртных напитков.

Для выявления расстройств, обусловленных потреблением алкоголя, Всемирной организацией здравоохранения был создан тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) [106]. В 2021 году для России был адаптирован тест RUS-AUDIT [26], позволяющий проводить скрининг в том числе на одну из форм донозологического потребления спиртного – опасного употребления алкоголя, характеризующуюся рискованным потреблением алкогольных напитков, связанных с достаточно весомыми дозами спиртного. И, с большой долей вероятности, способную привести к алкогольной зависимости, являя собой максимально восприимчивую для эффективного профилактического воздействия группу лиц.

То есть, суммарное употребление алкоголя, служащее часто индикатором различных неблагоприятных социальных последствий, складывается не только из алкоголя, потребляемого зависимыми лицами, но в значительном объеме и из лиц, имеющих на данном этапе донозологические формы его потребления, в частности опасное употребление алкоголя. При этом хорошо известно, что имеется [51, 66] линейная зависимость распространенности суицидов от объема потребляемых алкогольных напитков населением на определенной территории (per capita).

Нетрудно предположить, что суицидальные потери, связанные с приемом алкоголя, могут происходить на этапе еще до момента формирования алкогольной зависимости. И если суицидальные характеристики больных с алкогольной зависимостью достаточно хорошо изучены [47, 77, 101], то аналогичные особенности лиц с только формирующимися алкогольными проблемами совершенно не исследованы, что прежде всего связано с отсутствием соответствующей диагностической рубрики, создавая «слепую» зону в наркологической суицидологии.

Особенно актуальной эта тема является для лиц молодого возраста, в том числе студентов высших учебных заведений, которые нередко практикуют именно рискованные, опасные модели потребления алкоголя [144, 169, 181], в связи с чем исследование суицидологических характеристик данной группы представляется крайне актуальным вопросом.

Таким образом, недостаточная изученность феномена опасного употребления алкоголя, а также аутоагрессивных, наркологических и психологических особенностей группы лиц, его имеющих, не позволяет на настоящий момент полностью сформировать понимание связи злоупотребления алкоголем и суицидального поведения. Изучение данных особенностей может стать теоретически и практически значимым для наркологической и суицидологической превенции, снизив уровень суицидального риска, а также поможет в разработке эффективных схем предупреждения формирования алкогольной зависимости.

Степень разработанности темы

В отечественной психиатрии огромную роль в изучение темы донологического злоупотребления алкоголем внес Э.Е. Бехтель (1986), который упорядочил и классифицировал «донологические формы пьянства», описав возможность перехода привычного пьянства в алкоголизм, им впервые была определена концепция преалкоголизма [11]. В алкогольную «донологию» Бехтелем Э.Е. включалась неоднородная группа лиц, разделенная на пять подгрупп: абстиненты, случайно пьющие, умеренно пьющие, систематически пьющие и привычно пьющие. Разброс потребления алкоголя составлял от нулевого потребления до 500 и более мл в перерасчете на водку два-три раза в неделю. Можно предположить, что у столь различных по частоте и объему потребления алкоголя лиц, по всей вероятности, будут достаточно отличные психологические и аутоагрессивные характеристики. Как и шанс, что «донология» перерастёт в алкогольную болезнь. В данном контексте ученые на

современном этапе касались в основном клинико-этнокультуральных особенностей, говоря о необходимости изучения транскультуральной наркологии [25], остальные же аспекты затрагиваемой проблемы далеки от своего решения.

Понимая тот факт, что алкогольная зависимость – это заболевание, не возникающее одномоментно, а формирующееся годами, важно отслеживать динамику потребления алкоголя и возникающих параллельно этому клинических феноменов. Для оценки риска формирования алкогольной зависимости, Всемирной организацией здравоохранения введен опросник AUDIT [131], созданный для выявления вызванных употреблением алкоголя расстройств (Alcohol use disorder - AUD). Тест AUDIT представляет собой структурированное интервью, включающее десять вопросов, касающихся частоты, количества и характера потребления алкоголя, при этом он обладает высокой специфичностью и чувствительностью [131]. В оригинальном варианте теста AUDIT результаты интерпретировались следующим образом, без учета гендерной принадлежности человека: 1–7 баллов – «безопасное» употребление алкоголя, 8–15 баллов – чрезмерное или опасное потребление алкоголя, 16–19 баллов – употребление алкоголя с вредными последствиями, 20 баллов и выше – алкогольная зависимость [131]. Возвращаясь к поднимаемому вопросу транскультуральной наркологии [25], действительно стоит обратить внимание на разнообразность культуральных, возрастных, мотивационных особенностей потребления алкоголя в стране.

Так, в 2021 году в свет вышел адаптированный для России опросник RUS-AUDIT [26], где изменились пороговые значения «опасного потребления алкоголя»: для женщин этот уровень стал равняться 5-9 баллам, для мужчин – 9-13 баллам. То есть для женщин значительно снизился порог выявления вышеописанной модели потребления алкоголя.

Всё больше приближаясь к переходу в работе к Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11), следует учитывать, что Всемирная организация здравоохранения наконец-то выделяет так называемое «опасное употребление алкоголя», которое войдет в блок «проблем,

связанных с поведением в отношении здоровья» (QE10) [146]. Оно определяется как модель употребления алкоголя, повышающая риск возникновения вредных последствий для соматического или психического здоровья самого употребляющего или других людей настолько, что это требует внимания и консультирования медицинскими работниками [146]. Таким образом, выделяется группа лиц, для которых профилактические мероприятия, преимущественно психотерапевтического характера, пока еще наиболее эффективны, а формирование алкогольной зависимости может быть успешно прервано. В значительной степени создаваемая клиническая группа являет собой точку наиболее успешной превентивной работы в современной наркологии.

Не сложно предположить, до настоящего времени не изучено влияние опасного употребления алкоголя на суицидологические характеристики людей, имеющих данный паттерн употребления спиртных напитков.

Цель исследования

Определение суицидологических характеристик обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя.

Задачи исследования

1. Изучить суицидологические характеристики обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя.
2. Изучить ряд психологических характеристик обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, значимых для суицидологической практики.
3. Конкретизировать суицидологические характеристики обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя в зависимости от их пола.

4. Обосновать целесообразность разработки мероприятий, направленных на коррекцию аутоагрессивного поведения у обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя.

Научная новизна

1. Изучена суицидологическая характеристика обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя.

2. Уточнены психологические особенности обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, значимые для суицидологической практики.

3. Конкретизировано место обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, в суицидологической практике, существенно расширяющих имеющуюся наркологическую составляющую в суицидологии.

4. Выявлены гендерные особенности обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, значимые для организации превентивных мероприятий.

5. С учетом полученных данных, обоснована целесообразность разработки мероприятий по коррекции аутоагрессивного поведения у обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные в ходе исследования данные позволяют сформировать представление о распространенности феномена опасного употребления алкоголя среди обучающихся вузов, его влиянии на их суицидологические характеристики, а также демонстрируют значимую для дальнейшей профилактической работы динамику аутоагрессивных паттернов на пути к формированию алкогольной болезни. Обнаруженная суицидологически неблагоприятная ситуация у обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя расширит

представление об их вкладе в суммарную величину различных форм алкоголь-опосредованного аутоагрессивного поведения. Выявленная структура аутоагрессивного поведения у обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя позволит использовать полученные данные в работе суицидологической службы для выделения новой группы суицидального риска и разработки эффективных профилактических мероприятий в наркологической суицидологии. Обнаруженные в исследовании психологические данные помогут сформировать гендер-специфичный подход при планировании краткосрочных вмешательств для обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя.

Методология и методы исследования

В исследовании приняли участие 435 женщин, обучающихся в вузе, из них в исследуемую группу вошли 86 с паттерном опасного употребления алкоголя (ОУА), а также 456 мужчин, обучающихся в вузе, среди которых выявлено 56 мужчин с паттерном ОУА.

Критериями включения в исследуемые группы являлись: употребление алкоголя респондентом; в случае мужчин: 9-13 баллов, набранных по тесту RUS-AUDIT, и 5-9 баллов - для женщин; среднее употребление алкоголя более 2-х стандартных доз алкоголя (СДА) в сутки и/или более шести СДА за неделю; возраст 20-27 лет; обучение в вузе на момент проведения исследования, согласие на очное диагностическое интервью.

В исследование **не были включены лица**: отказавшиеся от участия в исследовании; с наличием алкогольной зависимости или пагубного потребления алкоголя по критериям МКБ-10; не употребляющие алкоголь; набравшие по тесту RUS-AUDIT более тринадцати баллов в случае мужчин, и более девяти баллов в случае женщин; имеющие следующие психические заболевания: биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, расстройства шизофренического спектра на момент проведения исследования,

способные оказать значимое влияние на изучение суицидологических характеристик.

Для детекции опасного употребления алкоголя использовался тест RUS-AUDIT, рекомендованный ВОЗ. После проведения клинического интервью с исследуемыми, ими был пройден «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [101] для уточнения аутоагрессивных характеристик. Также для комплексной суицидологической и психологической диагностики использовались: опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой [68], тест жизнестойкости Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (2006) [37], тест диагностики психологических защитных механизмов Плутчика-Келлерман-Конте или «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index) [64], опросник детских травмирующих переживаний (краткая версия) – Childhood Trauma Questionnaire: Short form (CTQ-SF) [130], опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) в адаптации Тарабариной Т.В. [85]. Количественные данные были проверены на нормальность распределения с помощью визуальной оценки гистограммы и критерия Колмогорова-Смирнова [69]. Статистический анализ обработка данных проводилась посредством непараметрических методов математической статистики с использованием критерия χ^2 , а также U-критерия Манна-Уитни. Для количественного описания тесноты связи признаков в исследуемых группах был использован показатель отношение шансов (ОШ), а также указаны границы 95% доверительного интервала (95% ДИ). Математическую обработку данных проводили с помощью программы STATISTICA 12 (StatSoft Inc).

Положения, выносимые на защиту

1. Аутоагрессивный потенциал обучающихся в вузах, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, является более выраженным в сравнении с

обучающимися вузов, не достигающими рамок данной модели потребления алкоголя.

2. Половая принадлежность обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, формирует гендерные особенности суицидологических характеристик.

3. Ряд изученных психологических характеристик обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя позволяет сформировать комплексное представление их аутоагрессивного портрета.

4. Группа обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя представляет собой уникальный популяционный срез в данном возрастном периоде, обладающий как высоким аутоагрессивным потенциалом, так и вероятностью формирования алкогольной зависимости.

5. Полученные данные, касающиеся суицидологических характеристик обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, представляют собой важное значение для формирования превентивных стратегий в наркологической суицидологии, серьезным образом расширяя существующие теоретические и практические представления.

Личный вклад автора

Вклад автора состоит в опросе и анкетировании респондентов, постановке цели и задач, выборе методов исследования, статистической обработке данных, анализе полученных результатов исследования, формулировке выводов. Результаты исследования получены автором самостоятельно.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность научных положений и выводов подтверждается репрезентативностью клинических выборок и применением современных статистических методов исследования.

Основные результаты исследования представлены на конференциях: IX межрегиональной научно-практической конференции «Служба психического здоровья: достижения и перспективы», посвященной 135-летию Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Баженова (2 июня 2023 г., Рязань); научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в психиатрии и наркологии: диагностика, лечение, реабилитация и организация помощи» (28-29 сентября 2023 г., Екатеринбург); Международной научно-практической конференции «Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии: осенняя сессия» (27 октября 2023 г., Тюмень); Международной научно-практической конференции «Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей» (5 октября 2023 г., Гродно).

Результаты исследования внедрены в лечебно-профилактическую деятельность ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова», ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», в образовательную деятельность кафедры психиатрии и кафедры психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология. Результаты данного исследования соответствуют направлению исследования специальности, а именно: пункту 3 (этиология и факторы риска психических и наркологических расстройств; роль различных факторов в патогенезе, клинической картине, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний); пункту 7 (социально ориентированные интервенции в психиатрии и наркологии); пункту 11 (научные и клинические основы суицидологии, выявление факторов риска и профилактика нарушений

психической адаптации, суицидального поведения); пункту 17 (профилактика психических и наркологических расстройств).

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 7 научных трудов, из которых 3 статьи в журнале, включенном в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных исследований, и индексируемом в международной цитатно-аналитической базе данных Web of Science.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 128 страницах печатного текста, разделена на следующие части: введение, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации и перспективы разработки темы, список сокращений, список литературы (всего 207 наименований, из них 103 отечественных и 104 зарубежных авторов), список иллюстративного материала и приложения с использованными опросниками. Диссертация иллюстрирована 16 таблицами, 7 рисунками, содержит 2 клинических примера.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Суицидальное поведение и расстройства, связанные с употреблением алкоголя

Несмотря на снижение уровня самоубийств в 21 веке в сравнении с 90-ми годами прошлого века, проблема суицидов среди населения продолжает оставаться актуальной и по сей день [14, 67]. При этом каждое пятое самоубийство связано с употреблением алкоголя [105, 178, 168]. Взаимосвязь потребления алкоголя с суицидальным поведением изучалась и продолжает изучаться многими отечественными и зарубежными исследователями. Так, еще Э. Крепелин указывал на связь употребления алкоголя с суицидальным поведением [148]. К.А. Менингер рассматривал алкогольную зависимость с двух «ракурсов»: с одной стороны, как вариант «хронического самоубийства», с другой, как непосредственный фактор риска суицидального поведения [41].

По словам Красильникова А.М. (1977), у больных алкогольной зависимостью людей суицидальный риск выше в 200 раз в сравнении с остальным населением [34]. В настоящее время связь самоубийств с потреблением алкоголя является практически аксиоматичной, она доказана различными способами. В частности, путём более частого обнаружения в крови суицидентов присутствия алкоголя. Smith G.S. и соавторами [186] в 1999 году был проведен метаанализ, в результате которого была выявлена более высокая концентрация алкоголя в крови у людей, совершивших суицид. Например, в исследовании Garlow S.J. [137], алкоголь в крови был выявлен у 28,9% суицидентов, при этом не было выраженных гендерных различий (среди женщин обнаружение алкоголя в крови составило 29,4% и 28,8% среди мужчин). По некоторым данным, около половины всех самоубийц находятся в состоянии алкогольного опьянения [2, 65].

Шустов Д.И. и соавторы, изучая клинико-анамнестические и психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью, выявили статистически значимую связь не только между алкогольной зависимостью и

классическим суицидальным поведением, но и другими видами аутоагрессии [5, 100].

Также подтверждена прямо пропорциональная связь между уровнем потребления алкоголя в стране и количеством совершенных самоубийств [184].

В Европе связь суицидов с алкоголем изучалась Norström в Скандинавии [160], Rossow в Швеции [174], Skog в Дании и Португалии [108], Mäkinen I. в Восточной Европе [152], в работах всех исследователей получены схожие результаты – обнаружена положительная связь между этими явлениями [121, 143].

В Беларуси тесную связь между потреблением алкоголя на душу населения (*per capita*) и уровнем суицидов на определенной территории описывает Разводовский Ю.Е., подчеркивая, что алкоголь является предопределяющим фактором суицидального поведения (алкоголь был обнаружен в крови суицидентов более чем в 60% случаев) [66]. Согласно показателю, отражающему причастность алкоголя к уровню самоубийств, являлся резкий спад уровня самоубийств в России и Беларуси во время антиалкогольной кампании в 1985-1988 гг. [52, 66].

Риск самоубийства относительно высок у пациентов с расстройствами, вызванными употреблением самых разнообразных психоактивных веществ, особенно у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (AUD) [178]. Метаанализ, опубликованный Darvishi N. с соавторами [115] показал связь наличия расстройств, связанных с потреблением алкоголя с высоким риском суицидальных мыслей и попыток, а также завершенных самоубийств.

Метаанализ, проведенный ВОЗ, также показывает, что вредное потребление алкоголя и AUD являются факторами риска самоубийств [168]. Высокие показатели суицидальной активности среди лиц с расстройствами, связанными с потреблением алкоголя (AUD) были обнаружены и другими исследователями [161, 204].

Изучив имеющиеся публикации, Murphy G.E. и Wetzel R.D. в 1990 году обнаружили, что у лиц с алкогольной зависимостью, обращающихся за

медицинской помощью в амбулаторных и стационарных условиях, риск совершения суицида на протяжении жизни составил 2,2% и 3,4% соответственно [158]. При этом существуют исследования, оценивающие риск значительно выше [145, 192].

Более того, для страдающих алкогольной зависимостью характерна и аффективная патология, в частности депрессивные состояния [24, 78, 79, 154, 164]. А сочетание депрессии с алкогольной зависимостью в свою очередь заметно чаще приводит к суицидальному поведению [183, 200]. Так, в исследовании Cornelius J.R. с соавторами [161] среди исследованных госпитализированных пациентов с депрессией и алкогольной зависимостью, 40% из них пытались покончить жизнь самоубийством в последнюю неделю, а 70% - на протяжении своей жизни вообще.

Считается, алкоголь увеличивает риск суицидальных попыток и завершенных суицидов в связи с его способностью усиливать импульсивность и агрессивность, а также создавать психологический дистресс, трансформируя суицидальные мысли в действия, снижая способность к преодолению проблем альтернативным и рациональным путём [182].

Таким образом, на настоящий момент связь потребления населением спиртных напитков и уровня суицидальной смертности является установленным фактом. Однако, речь в данном случае почти всегда идет о лицах с сформированной алкогольной зависимостью. Логичным будет предположить, что суммарные проблемы AUD более шире самой алкогольной зависимости, так как значительное количество алкоголя per capita потребляется лицами с донологическими формами злоупотребления спиртными напитками, и их вклад в совокупные показатели параалкогольной смертности нуждается в конкретизации и дальнейшем исследовании.

1.2. Место лиц с донозологическими формами злоупотребления алкоголем в наркологической практике

Значительный вклад в изучение «донозологических форм злоупотребления алкоголем» внёс Э.Е. Бехтель (1986), описавший клинические и социально-психологические аспекты «бытового пьянства», сформулировавший и описавший концепцию преалкоголизма [11]. Им была освещена проблематика «нормы» и патологии при потреблении алкоголя, намечена траектория для последующего более детального изучения бытового пьянства и разработки мероприятий по борьбе с ним.

Оценка интенсивности потребления алкогольных напитков изучалась ранее в основном следующими методами: наблюдением за потреблением алкоголя в питейных заведениях, из анамнестических данных о количестве потребляемого алкоголя (в виде самоотчетов и воспоминаний), методом интервью. Последний из методов (иначе – метод суммарной оценки), являлся более эффективным и распространенным [11]. В 1966 г. Snurfer G. применила «количественно-частотный вариабельный индекс», коим в дальнейшем пользовались большинство исследователей [11].

Sahalan D. с соавторами в 1969 г. [122] описал группы потребляющих алкоголь по количественно-частотному индексу: воздерживающиеся и пьющие очень редко; минимально и редко пьющие (реже одного раза в неделю и менее пяти рюмок за эпизод); пьющие редко, но максимально (реже одного раза в неделю, но выпивающие более пяти рюмок за эпизод, по меньшей мере эпизодически); пьющие часто и минимально (чаще одного раза в неделю и не более пяти рюмок за эпизод); пьющие часто и максимально (чаще одного раза в неделю и выпивающие более пяти рюмок за эпизод, по меньшей мере эпизодически). Проблемы с идентификацией количества потребляемого алкоголя были связаны с отсутствием установленной определенной, общепринятой для всех, порции или дозы алкоголя. Причиной тому являлось различное содержание алкоголя в разнообразных алкогольных напитках. Аналогичная проблема была и с

пониманием частоты потребления алкоголя, люди вкладывали совершенно различные понятия в понятие «алкогольный случай» или «эксцесс» [173].

Стрельчук И.В. в 1973г. выделил отдельную категорию «бытовое употребление и злоупотребление алкоголем», подчеркивая их важность в возможном влиянии на процесс формирования алкогольной зависимости в последующем: 1а) умеренное эпизодическое или систематическое употребление алкоголя в быту; 1б) эпизодическое злоупотребление алкоголем [82].

Пятницкая И.Н. и Иванов В.И. (1980) считали необходимым выявление «продрома» алкоголизма, к симптомам которого они относили самостоятельные попытки контролировать прием алкоголя и дисхроноз (расогласование биологических ритмов организма) [63].

Лисицын И.П. и Копыт Н.Я. при изучении динамики формирования алкоголизма выделяли пять категорий лиц, из которых донологическими являлись следующие: 1) употребляющие алкогольные напитки не чаще одного раза в месяц, в небольших количествах, по общезначимым поводам; 2) употребляющие алкоголь не чаще одного раза в неделю, до 0,2 л крепких алкогольных напитков, по индивидуальным поводам; 3) употребляющие алкогольные напитки более 0,2 л крепких напитков по индивидуальному поводу и без объяснимого повода, с проявлением асоциального поведения при опьянении. Первые две категории относились к потребляющим приемлемо, третья – к злоупотребляющим. Характер потребления последней в совокупности с изменением поведения в состоянии алкогольного опьянения, а также прогулы, конфликты на работе и с близкими включали в так называемый «продром алкоголизма» [38].

В монографии Бехтеля Э.Е. (1986) люди были распределены по формам потребления спиртных напитков на следующие группы: 1) «абстиненты»; 2) «случайное употребление алкоголя»; 3) «умеренное употребление алкоголя»; 4) «систематическое пьянство» (иначе – алкогольная акцентуация); 5) «привычное пьянство» (иначе - преалкоголизм) [11].

К первой группе Бехтель Э.Е. отнес «абстинентов» - людей, по каким-либо причинам, воздерживающимся от приёма алкоголя, которых разделил на две категории: «относительные абстиненты» и «абсолютные абстиненты». Под «абсолютными абстинентами» подразумевались лица, не употребляющие алкогольные напитки на протяжении как минимум одного года. «Относительными абстинентами» считались лица, употребляющие алкогольные напитки крайне редко (два-три раза в год) в количестве не более 150 мл вина, обычно под принуждением со стороны окружающих. Поводами для воздержания от алкоголя являлись следующие: непереносимость алкогольных напитков (токсико-аллергические реакции, извращенное действие алкоголя на человека, соматические нежелательные реакции и пр.); ухудшение соматического или неврологического состояния здоровья; негативный пример последствий потребления алкоголя в детском возрасте (у детей, имеющих родителей с алкогольной зависимостью), воспитание в строгих, высоконравственных условиях и религиозных обычаях с неприемлемостью употребления алкоголя. Абстиненты употребляют алкоголь в крайних случаях, чаще – торжественной обстановке, в компании. В связи с практическим безразличием к алкогольным напиткам, эти люди выбирают чаще тот вид алкогольного напитка, удовлетворяющий их вкусовые предпочтения (чаще – вино). У людей с наличием соматоневрологических заболеваний прием алкоголя переносится дискомфортно, возможны обострения хронических заболеваний, в связи с чем его потребление среди них ограничено или исключено [11].

Во вторую группу были определены лица со «случайным употреблением алкоголя». Это группа людей, употребляющие алкоголь редко (от одного раза в два-три месяца до одного-двух раз в месяц), нерегулярно. Они употребляют не более 50-250 мл в перерасчете на водку, при этом предпочитая слабые алкогольные напитки (чаще вино), но могут выпить в небольшом количестве и крепкие. Степень опьянения и эйфоризирующего эффекта у таких людей незначительная, они полностью сохраняют контроль над своим поведением. Случайно употребляющие алкоголь люди безразличны к алкоголю, они не видят

заметной разницы в состоянии при его приёме и без него. Небольшая часть из этой группы столкнувшись с единичными эпизодами передозировки алкоголем, на некоторое время прекращают прием алкогольных напитков, затем переходя на «осторожное» употребление, в основном по праздникам [11].

Третья группа лиц, с «умеренным потреблением алкоголя» занимала около трети всех обследованных Бехтелем Э.Е. Они выпивают один-четыре раза в месяц, 100-150 мл в перерасчете на водку, максимально до 400 мл. В их случае опьянение уже умеренное, эйфоризирующее действие достаточно выражено в сравнении с предыдущей группой, длительность опьянения невелика. Повод для употребления алкоголя в основном социально принятый (мероприятия, праздники, семейные поводы), а причиной прекращения потребления алкоголя в эпизоде становится насыщение. То есть присутствует количественный контроль, алкогольная потребность формируется, но структура потребностей не меняется [11].

Четвертую группу составляют лица с «систематическим пьянством» (алкогольной акцентуацией»), которые употребляют 200-300 мл алкоголя в перерасчете на водку, максимально до 500 мл один-два раза в неделю. Поводов для выпивки у них становится гораздо больше, всё чаще выдумываются всё новые и новые индивидуальные поводы, начинает формироваться «объяснительная система», чтобы оправдать себя с собственных глаз и глазах окружающих. Потребность в алкоголе формируется быстро, со временем картина опьянения становится однообразной, «клишированной». Эйфоризирующий эффект алкоголя здесь выраженный, насыщение приходит гораздо позже, толерантность к алкоголю становится высокой. Алкоголь становится одной из ведущих потребностей, меняется и окружение человека – ему становится интереснее с выпивающими людьми, взаимодействие с «трезвенниками» минимизируется. Возникают эпизоды утраты количественного контроля. Не смотря на имеющуюся периодичность, эта группа людей всё же в состоянии ситуационно контролировать прием алкоголя. Они продолжают работать, учиться, хоть и могут иметь выговоры или другие социальные санкции [11].

В пятую группу (привычного пьянства или преалкоголизма) Бехтель Э.Е. объединил людей, употребляющих алкоголь в объеме 300-500 мл в перерасчете на водку и более, около двух-трех раз в неделю. При привычном пьянстве потребность в алкоголе описывалась одной из основных, толерантность к алкогольным напиткам – очень высокой, а опьянение – глубоким и длительным, эйфоризирующий эффект алкоголя – интенсивным. Здесь уже был утрачен количественный контроль, человек практически всегда становился инициатором выпивки, воздержание от употребления спиртных напитков было практически невозможным. При воздержании от алкоголя снижается настроение, возникает дисфория. На этом этапе алкогольного пути происходит уже трансформация личности злоупотребляющего [11].

Энтин Г.М. (1990) также акцентировал внимание на существовании неких форм потребления, предшествующих хроническому алкоголизму. Так, он трансформировал классификацию Бехтеля Э.Е., выделив следующие четыре группы: 1) люди, не употребляющие спиртные напитки и практически не употребляющие их (абстиненты по Бехтелю Э.Е.); 2) эпизодически употребляющие спиртные напитки (в классификации Бехтеля Э.Е. это «случайно пьющие»); 3) ситуационно злоупотребляющие алкоголем («умеренно употребляющие алкоголь» по Бехтелю Э.Е.); 4) систематическое или привычное пьянство [103]. Энтин Г.М. был не согласен с названием группы умеренно употребляющих алкоголь Бехтелем Э.Е., т.к. считал, что на этом этапе уже начинает формироваться патологическое влечение к алкоголю – такие люди начинают брать на себя инициативу, искать повод для выпивки, толерантность растет, однако пока сохранен количественный контроль для недопущения развития глубокого опьянения. Не видел он и существенной разницы для клинициста в систематическом и привычном пьянстве, т.к. количественно-частотные критерии не сильно различимы. Эту группу он отнёс к «начальной стадии хронического алкоголизма». Значимым отличием всех форм пьянства от непосредственно алкоголизма он считал сохранение количественно-ситуационного контроля.

Рассматривая концепцию предболезни в отношении алкоголизма, в зарубежной литературе описывались два варианта алкоголизма - с пристрастием и без него, которые могли и вовсе не перейти друг в друга [206]. В отечественной же литературе склонялись к подходу иному – рассматривался преklinический этап алкоголизма, продром, который обязательно через какое-то время перейдет в алкоголизм [63, 81]. Вопрос положения донозологических форм злоупотребления алкоголем оставался открытым.

1.3. Специфика потребления алкоголя и суицидологические особенности лиц молодого возраста, в том числе в период обучения в вузе

Чрезмерное употребление алкоголя населением, как «легального» и социально приемлемого психоактивного вещества, представляет одну из распространенных проблем среди людей самых различных возрастных групп [11]. Особое значение для профилактики проблем, связанных с алкоголем, имеет вопрос снижения злоупотребления алкоголем именно среди людей молодого возраста [83, 94], в том числе обучающихся высших учебных заведений [123]. Это совершенно логично, поскольку в этом возрасте обычно только начинает формироваться алкогольная зависимость, и возможности профилактики [26] максимальны.

К сожалению, по результатам некоторых исследований, студенты в возрасте 18-25 лет имеют почти самый высокий уровень потребления алкоголя в сравнении с остальными [126, 180], что не может не сказать о формировании возможной неблагоприятной алкогольной траектории части из них.

У них существуют некоторые возрастные особенности в ведущих мотивах употребления алкогольных напитков, преобладающих видах потребляемой алкогольной продукции, модели потребления алкоголя. Студенты высших учебных заведений более подвержены риску злоупотребления алкоголем [113, 114, 134, 135, 138] в связи со значительными изменениями в их образе жизни,

необходимостью социализации в новых условиях, ростом ответственности, а также уменьшением родительского контроля [201].

Мотивы потребления алкоголя среди молодых людей можно разделить на следующие две большие группы: связанные с желанием соответствовать ожиданиям других (казаться «взрослее», «быть как все», стремление следовать традициям, для более легкого установления контактов с людьми) и связанные с «эмоциональным голодом», в случае которого приемом алкоголя на время купируется ощущение скуки, тоски, последствий учебного стресса [53]. Социально ориентированные мотивы более характерны для студентов для улучшения коммуникабельности, снижения внутреннего напряжения, в поиске дружбы и близости, чтобы быть «своим» в новой компании [175, 207]. Однако существует и группа иных мотивов, направленных на коррекцию имеющихся эмоциональных проблем, нарушений в разрезе необходимых коммуникаций и т.д. Не стоит недооценивать и «давление» со стороны сверстников [119, 127], которые нередко принуждают, провоцируют на выпивку, чтобы человек был «одним из них», не «выбивался» из общего коллектива. Провокационные механизмы для приобщения к потреблению алкоголя более характерны для молодых мужчин, так как частым аргументом для стимула выпить являются гендерные манипуляционно-провокационные стереотипы вроде «Ты что как девушка?», «Выпей как настоящий мужчина!», что заставляет первично абстинентных или малопьющих молодых мужчин выпивать наравне с остальными.

Сох, W.M., Klinger, E. (1988) была предложена мотивационная модель употребления алкоголя, согласно которой мотивация употребить алкоголь или нет зависит от того, в какой степени предполагаемые положительные эмоциональные последствия алкогольного опьянения перевешивают те последствия, если они не выпьют алкоголь. Следовательно, первичным мотивом они считали желание добиться эмоциональных изменений после употребления алкогольных напитков [128].

Особенностями употребления алкоголя, характерными для России и ставшими уже «традиционными», согласно исследованию Stickley A. и соавторов,

являются: так называемый «фестивальный» стиль потребления алкоголя, предпочтение крепких алкогольных напитков, а также относительная приемлемость такого стиля потребления [189], который связан с высоким суицидальным риском [188]. Влияние алкогольного фактора на суицидальное поведение наиболее заметно в возрасте 20-29 лет – каждая вторая попытка самоубийства совершается на фоне употребления алкоголя [73].

Важно, что именно во время обучения в вузе, у молодых людей уже формируется модель потребления алкоголя, в среднем – в возрасте 20 лет. Для студентов характерен стиль так называемого «эпизодического пьянства», или опасного употребления алкоголя (*hazardous alcohol consumption*) [110, 111].

Чрезмерное потребление алкоголя студентами приводит к проблемам во взаимоотношениях с людьми, нежелательным последствиям для здоровья, а порой и несчастным случаям [133]. Огромная доля дорожно-транспортных происшествий, правонарушений, незащищенного секса и самоубийств регистрируется среди молодых людей именно в состоянии алкогольного опьянения [62]. Является неоднократно доказанным, что злоупотребление алкоголем студентами значительно повышает риск суицидальных попыток [112]. Некоторые исследователи отмечают, что студенческий контингент сам по себе является группой повышенного суицидального риска вследствие характерной для них дезадаптации [10, 36, 92], а присоединение на её фоне злоупотребления спиртным, увеличивает соответствующий риск [62].

Значительная часть исследований проведена среди студентов медицинских вузов, для которых характерен повышенный риск чрезмерного потребления алкоголя как метода временной борьбы с чрезмерной учебной и психоэмоциональной нагрузкой, боязнью неудач и для снятия напряжения [110, 120, 155, 159]. Так, необходимость адаптироваться к новым условиям в вузе сменяется необходимостью выбора специальности, а затем опасениями по поводу правильности выбранного пути, повышенной ответственностью и необходимостью профессионального роста [16]. Распространенность суицидальных мыслей среди студентов-медиков по данным Rotenstein L.S. и

соавторов (2016) составляет 11% [166], что в два раза превышает суицидальный риск в общей когорте в возрасте 18-29 лет [191]. Вместе с тем, значительно чаще у студентов-медиков с суицидальной попыткой в анамнезе отмечаются сведения о чрезмерном потреблении алкоголя [205].

Согласно статистике вызовов, изученных на примере Ивановской городской станции Скорой помощи, 42,5% молодых людей, совершивших суицидальную попытку, находились в состоянии алкогольного опьянения [49]. Такие данные могут быть объяснены тем, что само алкогольное опьянение усиливает значимость и неразрешимость проблемы и создает ощущение безысходности, что и приводит к необратимым последствиям [2, 65]. Достоверно определить, злоупотреблял ли человек в последнее время алкоголем или для него это стало лишь способом преодоления антисуицидального барьера в момент совершения суицида, пока не представляется возможным у лиц, покончивших с собой. Именно по этой причине детальное изучение представленности у студенческой молодежи доклинических форм злоупотребления представляется крайне актуальной задачей, как и установление их аутоагрессивного потенциала. Поскольку нетрудно предположить их значительное число среди погибших.

1.4. Современное представление об опасном употреблении алкоголя

Гетерогенность группы донологически злоупотребляющих предполагает различный риск развития аутоагрессивного поведения и трансформации в алкогольную зависимость [11, 84]. В связи с этим наркологическим сообществом были введены границы между алкогольной зависимостью, пагубным потреблением алкоголя, и, интересующим нас, опасным употреблением алкоголя.

Согласно словарю наркологических терминов «Lexicon of alcohol and drug terms» (1994), термин «hazardous use» предполагает модель употребления психоактивных веществ, повышающую риск нежелательных (вредных) последствий для потребителя. В некоторых случаях последствия касаются лишь

физического и психического здоровья, в других – включают и социальные последствия [150].

Для выявления чрезмерного употребления алкоголя и идентификации группы риска, которой рекомендовано сократить или исключить потребление алкогольных напитков, ВОЗ в течение нескольких десятилетий разрабатывался и был создан в 1987 году тест AUDIT [131]. Он является «золотым стандартом» скрининга на расстройства, связанные с употреблением алкоголя, а также, что является важным для текущего исследования, достаточно точно помогает диагностировать рискованное употребление алкоголя [136, 156]. В нем впервые была определена диагностическая зона опасного (hazardous drinking) и вредного (harmful use) употребления алкоголя, соответствующая 8-15 баллам. Со временем, принимая к сведению различный уровень потребления, традиции, гендерные особенности потребления алкоголя и пр. среди граждан различных стран, появились сомнения по поводу точности выявления группы риска в мировом масштабе [197]. Позднее были внесены правки в интерпретацию AUDIT (USAUDIT), где зона опасного употребления алкоголя стала соответствовать 7/8-15 баллам, а пагубное употребление – 16-24 баллам теста [117]. Низкий уровень риска возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя, определялся как потребление не более четырех - для женщин, пяти – для мужчин порций алкоголя за один случай (примерно за два часа) или не более семи для женщин и четырнадцати для мужчин порций алкоголя в неделю [116]. Под стандартной порцией (дринком) в США подразумевается 14 грамм чистого алкоголя.

В связи с вышеописанным, в 2021 году Всемирной организацией здравоохранения был опубликован адаптированный и валидизированный для России тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя RUS-AUDIT [26] для скрининга людей, имеющих потенциальные проблемы с алкоголем. В RUS-AUDIT зона опасного употребления алкоголя стала соответствовать для женщин – 5-9 баллам, для мужчин – 9-13 баллам. В Российской Федерации при утверждении стандартной порции алкоголя ВОЗ была установлена доза - 10 г чистого спирта [26], а пороговые значения для

вмешательств со стороны медицинских работников – более 20 г этилового спирта в сутки для женщин и 40 г для мужчин, более 60 г этилового спирта в неделю [27].

Несмотря на отсутствие в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) и DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition) такой диагностической единицы как опасное потребление алкоголя, в МКБ-11 всё же были сделаны первые шаги в данном направлении. В МКБ-11 впервые введена новая самостоятельная единица – Hazardous Alcohol Use (опасное употребление алкоголя, код по МКБ-11 QE-10), она находится в разделе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение за медицинской помощью». Опасное употребление алкоголя в МКБ-11 подразумевает собой такую модель употребления алкогольных напитков, которая значительно увеличивает риск вредных последствий для физического или психического здоровья самого потребителя, или других лиц до такой степени, что требует консультирования медицинскими работниками [146]. Потребление алкоголя при этом подразумевает различные варианты: чрезмерную частоту и количество потребляемого алкоголя, рискованное поведение, а также неуместный контекст употребления алкогольных напитков или все в совокупности. Риск вредных последствий может быть связан с кратковременным или долгосрочным, «накопительным» действием алкоголя [146].

В МКБ-11 не указываются определенные объемы, частота или контекст употребления алкогольных напитков при опасном употреблении алкоголя, хотя ВОЗ и определяет некие границы небезопасного употребления алкоголя [176]. В отличие от пагубного (с вредными последствиями) употребления алкоголя, опасное употребление алкоголя еще не достигает того уровня, при котором оно причиняет вред физическому или ментальному здоровью самого употребляющего или окружающих его людей. Причем несмотря на наличие критического отношения к уровню и/или количеству потребляемого алкоголя и осознание повышенного риска вредных последствий, эта модель потребления алкоголя часто сохраняется [146].

Для более полной картины понимания проблемы, хотелось бы представить Рисунок 1, отражающий расположение всего спектра (с соответствующим градиентом опасности для здоровья) употребления алкоголя от относительно низкого риска возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя, до алкогольной зависимости, где опасное употребление алкоголя занимает весьма интересное, пограничное место между относительным здоровьем и расстройством.

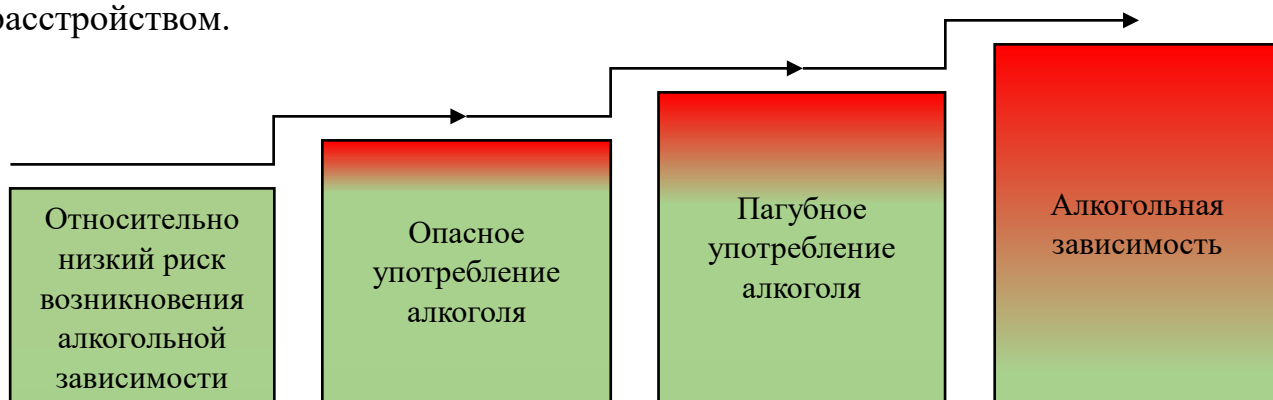


Рисунок 1 – Расположение модели опасного употребления алкоголя относительно всего спектра употребления алкоголя

Подытожив вышесказанное, можно констатировать, что исследований, касающихся подробного изучения этой модели употребления алкогольных напитков в нашей стране практически нет. Как и отсутствуют и какие-либо публикации в отношении суицидальных характеристик лиц с опасным употреблением алкоголя, несмотря на несомненный вклад последних в совокупные показатели суицидальной смертности, ассоциированной с алкогольными проблемами.

Более того, данная донозологическая рубрика, в частности создавалась для выявления контингента, находящегося на благоприятном этапе для немедикаментозной коррекции вероятных последствий [26]. Эта зона, с большей долей вероятности, может представлять несомненный практический интерес и для суицидологической превентивной работы. Поэтому так важно более подробное изучение модели опасного употребления алкоголя и его возможного влияния на суицидальный риск.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Перед проведением исследования с респондентами было проведено очное интервью для диагностики у них психических и наркологических расстройств. После исключения абстинентного отношения к употреблению алкогольных напитков, в качестве стартового опросника использовался тест RUS-AUDIT, позволяющий выделить предварительные исследуемую и контрольную группы. Всем участниками исследуемой и контрольной групп проводилась клиническая верификация наркологического статуса, а также оценивалось количество употребляемых СДА в среднем за сутки и за неделю. Затем все участники исследования под контролем врача-исследователя отвечали на вопросы «Модифицированного опросника, направленного на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [102], утвержденного Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 г., а также другие тесты, направленные на выявление психологических особенностей, описанные ниже.

На основании полученных данных, касающихся особенностей аутоагрессивного профиля, а также психологических особенностей обучающихся в вузе, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, определялись соответствующие группы высокого суицидального риска и риска трансформации опасного употребления алкоголя в алкогольную зависимость, позволяющие в дальнейшем сформировать эффективные профилактические программы по снижению указанных рисков.

2.2. Методология и методы исследования

В исследовании использовались клинико-anamnestический, психометрический, математико-статистический, метод клинического интервью.

Со всеми респондентами, согласившимися на участие в исследовании, проводилось очное клиническое интервью для исключения у них психических и наркологических расстройств, а также выявления анамнестических данных об обращении к врачу-психиатру и/или наркологу, состоянии на диспансерном наблюдении у врача-психиатра и/или нарколога.

После исключения абстинентного отношения к употреблению алкогольных напитков, в качестве стартового опросника использовался адаптированный для России тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), RUS-AUDIT (полная версия) [26], позволяющий выделить предварительные исследуемую и контрольную группы. Тест RUS-AUDIT заполнялся под руководством врача-интервьюера с использованием демонстрационных карточек с указанием стандартных порций алкоголя и наглядного примера с переводом объема напитка в стандартные порции.

Тест AUDIT был разработан для идентификации опасного и вредного употребления алкоголя, а также выявления потенциальной алкогольной зависимости в учреждениях первичной медико-санитарной помощи во всем мире [131, 197]. Он является основным инструментом («золотым стандартом») для диагностики проблем, связанных с употреблением алкоголя [67]. В 2021 году, с учетом особенностей употребления алкоголя в нашей стране, Европейским региональным бюро ВОЗ был адаптирован для Российской Федерации и валидизирован тест RUS-AUDIT [26], который претерпел некоторые видоизменения в сравнении с первоначальной версией. Так, изменились оценочные шкалы детектируемых вариантов ненормативного употребления алкоголя у мужчин и женщин.

Полная версия теста RUS-AUDIT состоит из 10 вопросов и трех соответствующих областей для оценки особенностей потребления алкогольных напитков в последние 12 месяцев. Первые три вопроса касаются недавнего употребления алкоголя и соответствуют первой области; следующие три вопроса (4-6) касаются наличия симптомов, имеющих место при алкогольной зависимости

и входят во вторую область; вопросы с седьмого по десятый касаются неблагоприятных последствий вредного (пагубного) употребления алкоголя и соответствуют третьей области. Ответ на каждый вопрос колеблется от 0 до 4-х баллов, в конце производится суммация всех баллов для оценки общего результата.

В результате, в зависимости от количества набранных баллов, можно определить уровень риска для здоровья и необходимость консультирования медицинскими работниками. Итак, в адаптированной для России версии теста для мужчин и женщин различному риску соответствует разное количество баллов. Для мужчин 0-8 баллов соответствуют низкому уровню риска, 9-13 баллов – опасному употреблению алкоголя, 14-16 баллов – пагубному употреблению алкоголя, более 17 баллов – возможному риску наличия алкогольной зависимости. Для женщин уровень риска по баллам определен иначе: низкому риску соответствует 0-4 балла, опасному употреблению алкоголя – 5-9 баллов, пагубному употреблению алкоголя – 10 баллов, а возможной алкогольной зависимости – более 11-ти баллов [26].

Всем участниками исследуемой и контрольной групп проводилась клиническая верификация наркологического статуса, а также оценивалось количество употребляемых стандартных доз алкоголя (СДА) в среднем за сутки и за неделю. Помимо вышеописанного, оценивалась возможная наследственная обусловленность злоупотребления алкоголем (наличие проблем с алкоголем у родителей).

Основным диагностическим материалом, выявляющим аутоагрессивные особенности, являлся «Модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем» [102], утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 г., который заполнялся всеми участниками контрольной и исследуемой групп при участии интервьюера. В процессе заполнения опросника, участникам исследования предлагалось ответить на вопросы, касающиеся отсутствия или

наличия признака в разных временных промежутках: в последние два года и в анамнезе вообще.

В формате диагностического клинического интервью с помощью опросника выяснялся расширенный аутоагрессивный профиль исследуемых, их анамнестические сведения об обращениях к врачам-специалистам (психиатру, психотерапевту, наркологу) и/или желании к ним обратиться.

Опросник включает в себя несколько блоков, направленных на определение аутоагрессивной составляющей [102]:

- суицидальная или «классическая» аутоагрессия, в которую включают суицидальные мысли и попытки, умышленные самоповреждения (самопорезы, «селфхарм»), конечной целью которых не является смерть;

- рискованное аутоагрессивное поведение (рискованное поведение и опасные для жизни и здоровья хобби, злоупотребление алкоголем, употребление запрещенных психоактивных веществ, несчастные случаи, анамнестические сведения о наличии переломов, черепно-мозговых травм);

- антисоциальное аутоагрессивное поведение (совершение противоправных действий, гетероагрессия, виктимное поведение);

- соматическая аутоагрессия (наличие большого количества соматических заболеваний, частых травм (в том числе бытовых ожогов, обморожений), оперативных вмешательств);

- предикторы аутоагрессивного поведения (депрессивные состояния, самоубийства близких и родственников, чувство одиночества и безысходности, отсутствие смысла жизни, стойкое чувство стыда).

Также для определения суицидологических особенностей исследуемой и контрольной групп использовался опросник суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой [68]. Он представляет собой экспресс-методику, в которой предлагается ответить на 29 вопросов, каждый из которых входит в соответствующую шкалу. Результаты опросника оцениваются по 9 шкалам (демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность,

социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор) и интегральному показателю.

Для оценки психологических и личностных особенностей использовались следующие методики:

1. Тест диагностики психологических защитных механизмов Плутчика-Келлерман-Конте или «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index) [64]. Опросник разработан в 1979 году, с его помощью возможно выявить преобладающие механизмы психологической защиты и определить степень выраженности каждого из существующих. Оцениваются восемь основных механизмов психологической защиты, которые впоследствии формируют 8 соответствующих шкал (вытеснение, регрессия, замещение, отрицание, проекция, компенсация, гиперкомпенсация, рационализация). Смыслом защитных психологических механизмов является минимизация негативных переживаний, уход от угрожающей реальности. В опроснике предлагается 92 утверждения, которые подразумевают ответ в форме «согласен» или «не согласен».

2. Тест жизнестойкости Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (2006) [37] представляет собой модифицированный опросник Hardiness Survey американского психолога Сальваторе Мадди. Тест состоит из 45 утверждений и соответствующих набору этих утверждений четырех шкал (общая жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска). Жизнестойкость представляет собой способность человека выдерживать стрессовые ситуации, при этом сохраняя внутреннюю стабильность [37]. Вовлеченность необходима для стремления к развитию личности, получения удовольствия от деятельности и ощущения благополучия. Контроль позволяет человеку понимать и осознавать возможность его влияния на результат. Под принятием риска подразумевается активное стремление человека получать опыт вне зависимости от возможного исхода.

Она состоит из трех компонентов: вовлеченности, контроля и принятия риска. Вовлеченность как параметр предполагает вовлеченность индивида в дела окружающего мира с целью самореализации. Противоположностью этого компонента является чувство отверженности, одиночества, ощущения себя «вне жизни». Контроль характеризуется убежденностью личности в том, что борьба помогает изменить ход дел и позволяет достигнуть успеха в самых разных жизненных ситуациях.

3. Опросник детских травмирующих переживаний (краткая версия) – Childhood Trauma Questionnaire: Short form (CTQ-SF) [130]. Изначально опросник был разработан Bernstein D.P. с соавторами в 1997 г. [203] и содержал 70 пунктов, а через некоторое время для удобства применения была создана и психометрически подтверждена краткая версия опросника, состоящая из 28 утверждений, на которые необходим ответ «да/нет». Результаты оцениваются по пяти шкалам: физическое насилие; сексуальное насилие; эмоциональное (психологическое) насилие; физическое пренебрежение; эмоциональное пренебрежение. Согласно исследованиям, взрослые, перенесшие жестокое обращение в детстве, чаще являются виктимизированными, склонны к рискованному поведению и злоупотреблению психоактивными веществами [31, 167].

4. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) в адаптации Тарабариной Т.В. [85], послуживший дополнительной методикой для выявления респондентов с возможным наличием психической патологии. Сам по себе опросник представляет собой скрининговую методику для оценки общей психопатологии на основе различных симптомов. SCL-90-R содержит 90 пунктов в виде теста, которые позволяют определить как общие психопатологические показатели, так и специфические (интересующие нас) симптомы различной психопатологии. Последние включают в себя несколько шкал: соматизацию (различные соматические (физические) дисфункции); обсессивность-компульсивность (навязчивые мысли и действия); межличностную сензитивность (ощущение

дискомфорта, чувство собственной неполноценности); депрессию (суицидальные мысли и намерения); тревожность (от напряженности и тревоги до панических атак); враждебность (агрессивность, раздражительность); фобическую тревожность (страх перед чем-то или кем-то конкретным); паранойальность (патология мышления в виде подозрительности, бредовых идей); психотизм (симптомы от личностной шизоидности до клинических признаков психоза) [28].

Статистическая обработка материалов данного исследования проводилась с использованием методов параметрического и непараметрического анализа при помощи программы STATISTICA 12 (StatSoft.Inc), а корректировка и систематизация данных выполнялась с использованием программы Microsoft Office Excel 2013.

Предварительно количественные данные проверялись на нормальность распределения с помощью визуальной оценки гистограммы и критерия Колмогорова-Смирнова [69]. Количественные показатели, имеющие ненормальное распределение, описывались в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q_1-Q_3). Качественные показатели представлены в виде абсолютных значений (n) и соответствующих процентных долей (%).

Для сравнения качественных показателей в независимых выборках использовался критерий Пирсона (χ^2); для количественных показателей с ненормальным распределением – критерий Манна-Уитни (U эксп.) [69].

С целью отражения тесноты связи изучаемых признаков в исследуемых группах приведены такие показатели как отношение шансов (ОШ) и 95 % доверительный интервал (95% ДИ), представленный в виде нижней и верхней границ 95% ДИ (НГДИ; ВГДИ). При включении в границы ДИ единицы, результаты считались статистически незначимыми. Результаты определялись как статистически значимые при уровне значимости $p < 0,05$.

2.3. Материалы исследования

2.3.1. Характеристика участников исследования

Исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социальной защиты, по одобрению локального этического комитета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Все участники исследования дали информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании после подробного ознакомления с целью и основными задачами. С помощью метода анкетирования обследовано 891 человек (обучающиеся вузов), из них 456 человек мужского пола и 435 - женского. В исследуемую группу вошли 56 респондентов мужского, и 86 - женского пола, контрольную группу составили 400 респондентов мужского пола и 349 – женского соответственно.

Критерии включения в исследуемую группу

- употребление алкоголя респондентом;
- 9-13 баллов, набранных по тесту RUS-AUDIT для мужчин, и 5-9 баллов для женщин, соответствующих «опасному употреблению алкоголя»;
- употребление алкоголя выше пороговых значений по ВОЗ (в среднем более двух стандартных доз алкоголя (СДА) в сутки и/или более шести СДА за неделю);
- возраст от 20 до 27 лет;
- факт обучения в вузе на момент проведения исследования;
- согласие на очное диагностическое интервью.

Группу контроля составили обучающиеся в вузе мужчины и женщины того же возрастного диапазона, с сопоставимыми социально-демографическими характеристиками, употребляющие алкогольные напитки в среднем менее двух СДА в сутки и менее 6 СДА за неделю и набравшие по тесту RUS-AUDIT менее 5 баллов в случае женщин и менее 9 баллов – в случае мужчин (зона низкого риска возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя).

Критерии исключения из исследования

- полное воздержание от употребления алкогольных напитков (абстиненты);
- наличие клинических признаков алкогольной зависимости или пагубного употребления алкоголя в соответствии с критериями МКБ-10;
- набор по тесту RUS-AUDIT более тринадцати баллов для мужчин и более девяти для женщин (что соответствует пагубному потреблению алкоголя или сформированной алкогольной зависимости);
- наличие следующих психических расстройств: биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства, расстройств шизофренического спектра на момент проведения исследования;
- отказ от участия в исследовании.

Набор участников исследования проводился на базе кафедры психиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Таким образом, для дальнейшего исследования были сформированы четыре группы:

МсОУА – обучающиеся в вузе мужчины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя (n=56, средний возраст в группе $21,5 \pm 1,84$ лет).

МБОУА – обучающиеся в вузе мужчины, не имеющие паттерна опасного употребления алкоголя (n=400, средний возраст в группе $21,1 \pm 2,1$ лет).

ЖсОУА – обучающиеся в вузе женщины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя (n=86, средний возраст в группе $22,3 \pm 3,68$ лет).

ЖБОУА – обучающиеся в вузе женщины, не имеющие паттерна опасного употребления алкоголя (n=349, средний возраст в группе $21,6 \pm 2,12$ лет).

Факт наличия паттерна опасного употребления алкоголя устанавливался на основании результата теста RUS-AUDIT и употреблении алкоголя выше пороговых доз по ВОЗ [128].

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

ГЛАВА 3. СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ ВУЗОВ С ПАТТЕРНОМ ОПАСНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

3.1. Суицидологическая характеристика обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя

В результате сравнения исследуемой группы обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя с группой контроля (не имеющих паттерна опасного употребления алкоголя), обнаружены статистически значимые отличия в показателях, отражающих суицидальную аутоагрессию (Таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Суицидологический профиль обучающихся в вузе мужчин, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя

Признак	МсОУА n=56 Абс. (%)	МБОУА n=400 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальной попытки в последние два года	6 (10,71%)	4 (1,0%)	21,61	0,0000	11,88	[3,24; 43,54]
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	10 (17,86%)	14 (3,5%)	20,31	0,0000	5,99	[2,52; 14,27]
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	22 (39,29%)	46 (11,5%)	29,89	0,0000	4,98	[2,68; 9,24]
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	34 (60,71%)	110 (27,5%)	25,08	0,0000	4,07	[2,28; 7,27]

Данные, представленные в Таблице 3.1.1., достаточно специфически характеризуют группу обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя.

В данной группе статистически значимо преобладает частота совершенных суицидальных попыток, причем как в анамнезе вообще (разница с группой контроля в пять раз), так и в период последних 2-х лет (разница с контрольной

группой достигает десяти раз). Для наглядности, на Рисунках 2 и 3 приведена распространенность суицидальных мыслей и попыток в последние два года в группах обучающихся в вузе мужчин.

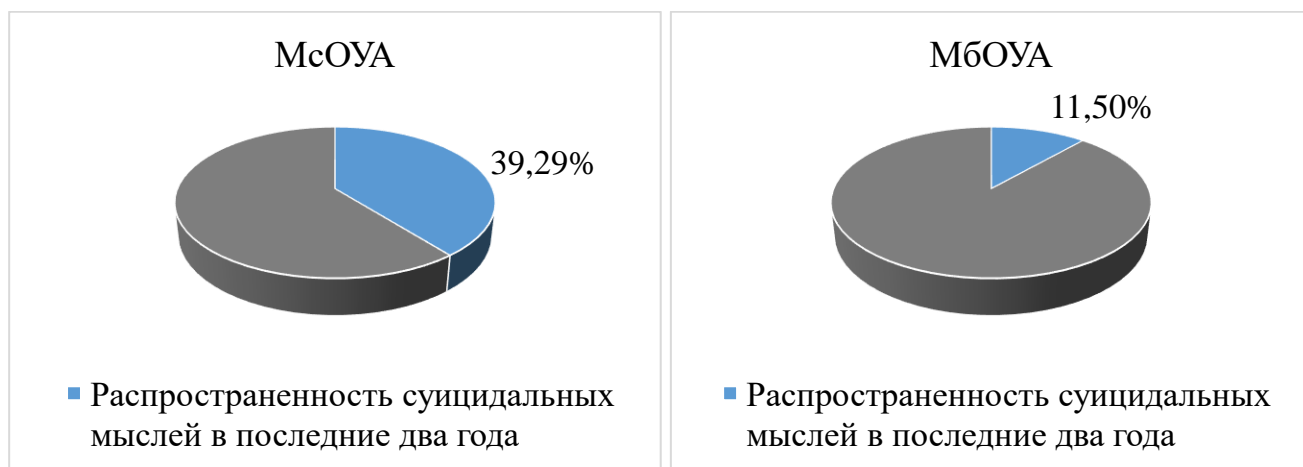


Рисунок 2 – Распространенность суицидальных мыслей в последние два года в контрольной и исследуемой группах мужчин



Рисунок 3 – Распространенность суицидальных попыток в последние два года в контрольной и исследуемой группах мужчин

Учитывая большую разницу в отношении суицидальных попыток именно в последние два года и средний возраст в группе, можно предположить, что такая картина, по всей видимости, может быть связана именно с формированием в это время изучаемого нами паттерна опасного употребления алкоголя. Схожие тенденции обнаруживаются и в отношении суицидальных мыслей – они

преобладают в исследуемой группе мужчин более, чем в три раза во все оцененные временные промежутки.

С позиции суицидологической практики, эти лица представляют собой группу повышенного суицидального риска и нуждаются в разработке профилактических мероприятий, направленных на его снижение. Несмотря на отсутствие диагностических единиц, связанных с употреблением алкоголя (т.е. установленных диагнозов), даже доклиническое злоупотребление алкогольными напитками у обучающихся в вузе мужчин тесно связано с высокой частотой детекции суицидальных паттернов. Разумно предположить, что среди мужчин той же возрастной категории, всё же покончивших жизнь самоубийством, значительная доля из них имели именно паттерн опасного употребления алкоголя, что, конечно, нуждается в дальнейшем изучении. В более ранних публикациях (Меринов А.В.) [46], касающихся мужчин со сформированной алкогольной зависимостью II стадии, показатели суицидальной аутоагрессии оказались довольно близкими с обнаруженными у McOYA в отношении парасуицидальных действий. Так, группы оказались практически соизмеримы по количеству совершенных суицидальных попыток в последние два года: 10,71% в случае опасного употребления алкоголя и 12% в случае наличия алкогольной зависимости, что свидетельствует, отчасти, о схожести ситуаций в донологической и уже клинически сформированной группах, а значит, и возможном неблагоприятном, как наркологическом, так и суицидологическом прогнозе. Отсюда формируется еще одно «за» возможный вклад доклинических форм злоупотребления алкоголем в общее число параалкогольной суицидальной смертности, который пока не представляется возможным оценить по причине их неизученности в настоящее время.

Необходимо понимать, насколько прогностически важны ранее предпринимаемые попытки самоубийства, поскольку при их наличии существенно повышается риск повторных суицидальных попыток в будущем [46, 170, 172], что на фоне продолжающегося злоупотребления алкоголем, вероятно, лишь усугубляется [102].

Оценивая данные, полученные при изучении несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группе обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя (Таблица 3.1.2), мы наблюдаем ту же тенденцию, что и с суицидальными формами реализации аутоагрессии. Таким образом, в рассматриваемой группе суицидальная и несуицидальная аутоагрессия идут в унисон, что является достаточно привычной и логичной связкой [46].

Таблица 3.1.2 – Статистически значимые отличия, обнаруженные относительно несуицидальных аутоагрессивных паттернов среди обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя

Признак	МсОУА n=56 Абс. (%)	МбОУА n=400 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Несуицидальные самоповреждения в последние два года	8 (14,29%)	14 (3,5%)	12,45	0,0004	4,59	[1,83; 11,59]
Несуицидальные самоповреждения на протяжении всей жизни	16 (28,57%)	98 (9,5%)	17,11	0,0000	3,81	[1,95; 7,44]
Несчастные случаи на протяжении последних двух лет	26 (46,43%)	62 (15,5%)	21,11	0,0000	4,72	[2,62; 8,53]
Несчастные случаи в анамнезе на протяжении всей жизни	34 (60,71%)	134 (33,5%)	15,64	0,0001	3,07	[1,73; 5,45]
Опасные для жизни хобби, имеющие место в последние два года	20 (35,71%)	58 (14,5%)	15,59	0,0001	3,28	[1,77; 6,05]
Опыт незащищенного секса с малознакомыми партнерами в течение последних двух лет	14 (25%)	14 (3,5%)	39,4	0,0000	9,19	[4,1; 20,58]
Ожоги сигаретой или батареей во сне	6 (10,71%)	16 (4%)	4,82	0,0281	2,88	[1,08; 7,7]

Статистически значимые отличия обнаружены в отношении значительной части признаков, демонстрирующих склонность к рискованным модусам поведения, а также присутствия несуицидальных самоповреждений.

В исследуемой группе мужчин чаще, чем в контрольной группе отмечался факт нанесения самоповреждений, которые зачастую являются своеобразной копинг-стратегией, способствующей, хоть и временному, но переключению с негативного аффекта на физические ощущения, что в ряде случаев дает возможность избежать более фатальных действий, направленных на причинение себе вреда [7, 33, 61]. Феномен селфхарма сам по себе более характерен для лиц женского пола [90], однако среди обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя он наблюдался на протяжении последних двух лет в значительном числе наших наблюдений (14,29% против 3,5% в контрольной группе), на протяжении всей жизни – в 28,57% случаев (против 9,5% в контрольной группе). Это весьма любопытный факт, демонстрирующий нам достаточно уникальные особенности изучаемой группы. Таким образом, частое присутствие несуицидальных самоповреждений (селфхарма) является характерным маркером группы, заслуживающим дальнейшего изучения, и, разумеется использования в качестве предиктора в суицидологической практике.

При дальнейшем анализе несуицидальных форм аутоагрессивного поведения в исследуемой группе, обращает на себя внимание заметно большая в сравнении с контрольной группой частота несчастных случаев, а также случайных ожогов сигаретами или батареей (обычно связанных именно с состоянием алкогольного опьянения). Обучающиеся в вузе мужчины с паттерном опасного употребления алкоголя оказались более склонны к рискованному поведению, а именно опасным для жизни хобби и привычкам (в последние два года в 35,71% случаев), а также незащищенным сексуальным контактам с малознакомыми партнерами, что отражает их аутодеструктивный потенциал (опасное поведение при понимании всей опасности для здоровья и жизни вышеописанного поведения).

Данные, касающиеся наркологической составляющей аутоагрессивного поведения обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, представлены в Таблице 3.1.3.

Таблица 3.1.3 – Наркологические особенности аутоагрессивного поведения обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя

Признак	МсОУА n=56 Абс. (%)	МбОУА n=400 Абс. (%)	χ^2	P	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Ощущение злоупотребления алкоголем в последние два года	20 (35,71%)	16 (4%)	67,95	0,0000	13,33	[6,36; 25,97]
Ощущение злоупотребления алкоголем в анамнезе вообще	18 (35,14%)	28 (7%)	34,24	0,0000	6,29	[3,19; 12,42]
Систематическое курение на протяжении более двух лет	38 (73,08%)	200 (51,28%)	8,77	0,0031	2,71	[1,43; 5,16]
Несистематическое прием наркотических веществ в последние два года	10 (17,86%)	18 (4,5%)	15,21	0,0001	4,61	[2,01; 10,59]
Несистематический прием наркотических веществ в анамнезе вообще	12 (21,43%)	42 (10,5%)	5,62	0,0178	2,32	[1,14; 4,75]

При выяснении субъективного отношения к собственной модели потребления алкоголя в последние два года, треть из исследуемой группы мужчин (35,71%) расценили её как употребление «чаще» и/или «больше» субъективной социальной нормы. Для наглядности данных, эти показатели продемонстрированы на Рисунке 4.

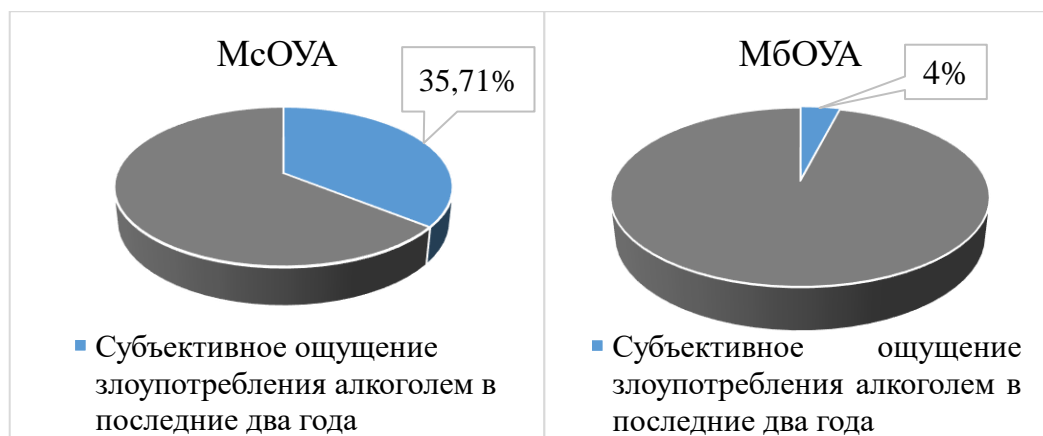


Рисунок 4 – Распространенность субъективного ощущения злоупотребления алкоголем в последние два года среди мужчин исследуемой и контрольной групп

Остальная часть группы, ответившая положительно на весьма прозрачные и в какой-то мере алкоголь-стигматизирующие вопросы теста RUS-AUDIT, злоупотребляющими себя совершенно не считают, что может говорить о потенциальном начале формирования уже на доклиническом этапе алкогольного механизма отрицания [21]. Данное положение требует некоторого пояснения. Учитывая, что только треть обследованных мужчин с ОУА хоть в какой-то мере осознают наличие некоторых проблем со спиртным, подчеркнем, что большинство вопросов теста RUS-AUDIT имеет весьма прямолинейный характер. Для набора необходимых значений теста для диагностики «опасного употребления алкоголя» требуется отвечать на ряд из них весьма ненормативным образом, способным вызвать некоторые вопросы у здравомыслящего респондента: «А все ли со мной в порядке?» Тем не менее, подавляющее большинство в группе так и не самоидентифицировали себя. Более того, упорно считали, что подобный паттерн злоупотребления является приемлемым и нормальным.

На фоне имеющегося опасного употребления алкоголя, весьма закономерным представляется, и большая распространенность в исследуемой группе систематически курящих и периодически употребляющих различные наркотические вещества мужчин. Можно предположить существование поликомпонентной направленности аддиктивной патологии.

Данные, представленные выше, дают возможность выстроить целостную картину представленности антивитаальных импульсов в группе обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, благодаря чему можно констатировать высокий соответствующий потенциал, во многих аспектах напоминающий по своему спектру схожий у мужчин со сформированной алкогольной зависимостью [46]. Что косвенно, с суицидологических позиций, подчеркивает наркологическое сходство групп, что лишний раз демонстрирует необходимость и целесообразность изучения опасного употребления алкоголя.

Теперь перейдем к представленности предикторов аутоагрессивного поведения, в отношении которых было обнаружено значительное число

статистически значимых отличий между группами мужчин. Соответствующие данные приведены в Таблице 3.1.4.

Таблица 3.1.4 – Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в сравниваемых группах мужчин

Признак	МсОУА n=56 Абс. (%)	МбОУА n=400 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Неоднократные периоды безысходности в последние два года	28 (50%)	106 (26,5%)	13,07	0,0003	2,77	[1,57; 4,9]
Длительные эпизоды сниженного настроения в анамнезе	36 (64,28%)	180 (45%)	7,33	0,0068	2,2	[1,23; 3,93]
Стойкое чувство одиночества в последние два года	22 (39,28%)	92 (23%)	6,95	0,0084	2,2	[1,2; 3,89]
Стойко возникающее чувство одиночества в анамнезе вообще	36 (64,28%)	168 (42%)	9,87	0,0017	2,48	[1,39; 4,45]
Долгопереживаемое чувство вины в последние два года	18 (32,14%)	76 (19%)	5,19	0,0228	2,02	[1,09; 3,73]
Долгопереживаемое чувство вины в анамнезе вообще	20 (35,71%)	86 (21,5%)	5,56	0,0184	2,03	[1,12; 3,68]
Навязчивое длительное угрызение совести в последние два года	16 (28,57%)	44 (11%)	13,27	0,0003	3,24	[1,67; 6,25]
Склонность долго терпеть физическую боль	46 (82,14%)	268 (67%)	5,25	0,0219	2,27	[1,1; 4,6]
Предпочтение «всё держать в себе», создавая видимость счастья	40 (71,43%)	198 (49,5%)	9,47	0,0021	2,55	[1,38; 4,7]
Ощущение собственной неполноценности в последние два года	18 (32,14%)	74 (18,5%)	5,68	0,0172	2,09	[1,13; 3,86]
Склонность к неоправданному риску в последние два года	16 (28,57%)	46 (11,5%)	12,19	0,0005	3,08	[1,6; 5,93]
Намерение обратиться к психиатру/психотерапевту	24 (42,86%)	76 (20%)	16,33	0,0001	3,2	[1,78; 5,74]

<i>Продолжение Таблицы 3.1.4</i>						
Наблюдение родственников у врача-психиатра	10 (17,86%)	26 (6,5%)	8,71	0,0032	3,13	[1,42; 6,9]
Факт самоубийства родственника	6 (10,71%)	8 (2%)	12,54	0,0004	5,88	[1,96; 17,64]
Наличие трагических смертей в семье	26 (46,43%)	88 (22%)	15,63	0,0001	3,07	[1,73; 5,47]
Субъективная оценка себя как агрессивного в последние два года	20 (35,71%)	64 (16%)	12,7	0,0004	2,92	[1,59; 5,36]
Факты серьезных физических наказаний в детстве	16 (28,57%)	22 (5,5%)	34,23	0,0000	6,87	[3,34; 14,14]
Наличие проблем с алкоголем у отца/отчима	18 (32,14%)	64 (16%)	8,68	0,0032	2,49	[1,34; 4,63]
Наличие проблем с алкоголем у матери/мачехи	6 (10,71%)	12 (3%)	7,71	0,0055	3,88	[1,39; 10,8]

Статистически значимые отличия, выявленные при изучении предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемой группе обучающихся в вузе мужчин, вполне гармонично согласуются с суицидальными и несуйцидальными проявлениями аутоагрессии, описанными выше. Встречаемость чувства безысходности за последние два года в исследуемой группе обучающихся в вузе мужчин достигает половины всех случаев (50%), когда в контрольной оно составляет 26,5% ($p=0,0003$).

Чувство безысходности, в свою очередь, является одним из наиболее распространенных факторов риска [39, 43, 102], «красных флагов» общей суицидальной настроенности личности. Хотя и в последние два года разница между группами в отношении сниженного настроения оказалась статистически не значимой ($p=0,1545$), на протяжении всей жизни группа обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя значительно чаще отметила у себя длительные эпизоды сниженного настроения (64,28% против 45% в контрольной). Стоит отметить общий достаточно высокий процент встречаемости депрессивной симптоматики в обеих группах мужчин, что безусловно, требует дальнейшего пристального изучения.

39,28% обучающихся в вузе мужчин из исследуемой группы признали, что чувствуют себя одинокими в последние два года (это более чем в 1,5 раза превышает аналогичные показатели в группе контроля), в купе с показателями чувства одиночества в более ранние временные промежутки, это может косвенно подтверждать тот факт, что алкогольный фактор выполнял и продолжает выполнять роль «социальной смазки» [12], чтобы не чувствовать себя одиноким, заглушающим на время внутренние переживания пустоты и одиночества и, возможно, на какое-то время может являться определенным «спасением» от проблем, которые позже на фоне злоупотребления, к сожалению, лишь усугубятся. Кроме того, 32,14% мужчин из исследуемой группы отметили ощущение собственной неполноценности, что говорит в пользу нестабильной самооценки.

Аутоагрессивный профиль исследуемой группы мужчин дополняет стойкая склонность к долго переживаемому чувству вины в последние два года ($p=0,0228$), так, впрочем, и в анамнезе вообще, частое угрызение совести ($p=0,0003$), способность долго терпеть физическую боль ($p=0,0219$). Чувство вины и угрызение совести в последние два года (скорее всего по времени соответствующие началу формирования модели опасного употребления алкоголя) могут являться естественной реакцией человека, который пока в силу отсутствия алкогольной зависимости и наличия какой-либо критики к своей «неправильной» модели потребления алкоголя, все же чувствует вину перед самим собой и значимыми другими за избранный способ на время забыть о проблемах. При этом достаточно большой процент (71,43%) в изучаемой группе мужчин отметили, что привыкли «держат всё в себе» [20], создавая видимость благополучия, что в целом более характерно для мужского поведения [17, 22], однако не всегда оправдано (особенно в случае наличия потенциальных проблем с алкоголем и повышенным суицидальным риском).

Ожидаемы и обнаружены склонность к неоправданному риску, и субъективная оценка себя как излишне агрессивного человека, которые преобладают в группе МсОУА, поскольку они часто бывают связаны с

описанными выше опасными для жизни увлечениями, несчастными случаями и рискованным сексуальным поведением [58]. Нередко имеющаяся гетероагрессивность приводила к провокации физического насилия в отношении самого респондента – некий опосредованный стиль возможной реализации собственных аутоагрессивных устремлений (опосредованно реализуемая аутоагрессия).

42,86% обучающихся в вузе мужчин из изучаемой группы заявили о своем желании обратиться за специализированной психотерапевтической или психиатрической помощью. Среди причин обращения чаще остальных они указали: «проблемы с настроением», агрессивность, «тревожность», «чтобы разобраться в своей голове, выговориться». С одной стороны, это хороший признак критического мышления и осознания имеющихся проблем, с другой, желание обратиться к специалисту – не равно фактическому обращению. Тем не менее, мысли об обращении к специалисту могут стать первым шагом к осуществлению как профилактических, так и уже лечебных мероприятий, что существенно разнится с прочно укоренившимся механизмом отрицания проблем и необходимости помощи у лиц с алкогольной зависимостью [42, 72]. Это может оказаться эффективной точкой терапевтического воздействия на лиц с опасным употреблением алкоголя.

Перейдём к обсуждению семейных анамнестических данных в изучаемой группе и возможного влияния дисгармоничной семейной системы на их аутоагрессивные особенности. По мнению Е.В. Борисоник и Холмогоровой А.Б. (2018), наличие проблем с психическим здоровьем, суицид родственников и насилие в семье служат факторами риска развития суицидального поведения [15]. Помимо этого, у родственников суицидентов повышен риск возникновения депрессии и тревожных расстройств [86]. Согласно данным, представленным в таблице 3.1.3, в 17,86% случаев в поле зрения психиатрической службы попадали родственники обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя (6,5% в контрольной группе), а у 10,71% - они покончили жизнь самоубийством (в группе контроля в 2% случаев); трагические смерти близких

родственников отметили 46,43% (22% в контрольной группе). Серьезному физическому наказанию в детстве подвергались 28,57% респондентов изучаемой группы, что больше, чем в контрольной группе более чем в пять раз и способно влиять на возникновение неблагоприятной жизненной траектории [58].

Одним из факторов, вовлекающих молодых людей в потребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя, является семья [13, 48, 102]. И в случае обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, этот механизм вероятнее всего присутствует, ведь треть из них воспитывались родным отцом или отчимом, которые страдали алкогольной зависимостью, у 11% у матери/мачехи были аналогичные проблемы с алкоголем. Эти показатели в 2 и 3,5 раза соответственно превышают аналогичные в контрольной группе. Установленный факт также следует учитывать при последующей профилактической и лечебной работе с лицами с опасным употреблением алкоголя.

Дополнительный вклад в суицидологическую характеристику обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя внесли результаты, полученные при обработке данных, полученных с помощью опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой (Таблица 3.1.5).

Таблица 3.1.5 – Данные опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой в исследуемой и контрольной группах мужчин

Шкала	МсОУА n=56 Me (Q ₁ -Q ₃)	МБОУА n=400 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Демонстративность	1,2 (1,2–2,7)	1,2 (0–1,2)	7542,0	0,0001
Аффективность	2,2 (1,1–4,4)	1,1 (0–2,2)	8300,0	0,0017
Уникальность	1,2 (0,9–2,7)	0 (0–1,2)	7478,0	0,0001
Несостоятельность	3,75 (1,5–4,5)	1,5 (1,5–3)	7630,0	0,0001
Социальный пессимизм	3 (3–5)	3 (2–4)	9196,0	0,0301

В исследуемой группе мужчин выявлено значительное число шкал, в отношении которых были обнаружены статистически значимые различия при сравнении с контрольной группой. Показательным оказалось преобладание в группе МсОУА демонстративности и аффективности, так как эти составляющие чаще характерны для лиц женского пола, обычно более склонных к привлечению внимания и доминированию аффекта над рациональностью в стрессовых ситуациях. Обучающиеся в вузе мужчины с паттерном опасного употребления алкоголя как бы «кричат о помощи», совершая демонстративные суицидальные попытки, с целью получения сочувствия и оказания внимания к их психическому нестабильному состоянию. Согласно большим показателям по шкале уникальности в исследуемой группе мужчин, они предпочитают выбирать необычные, неординарные способы решения имеющихся психологических проблем, в том числе и посредством рискованного или суицидального поведения, обозначая свою ситуацию как не имеющую выхода и иного решения. Шкала несостоятельности подтверждает данные, полученные при оценке предикторов аутоагрессивного поведения (таблица 3.1.4), касающихся ощущения одиночества, чувства собственной неполноценности, оторванности от внешнего мира. Социальный пессимизм, характерный для исследуемой группы мужчин, показывает общую враждебность к окружающим, что, возможно, в том числе влияет на нежелание делиться своими внутренними переживаниями с людьми. Полученные данные дополняют общий суицидальный профиль обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя. Резюмируя изложенные данные, можно утверждать присутствие значительного числа настораживающих в суицидологическом плане особенностей в изучаемой мужской группе. Всё это делает МсОУА весьма неблагоприятной в суицидологическом плане группой, требующей пристального внимания соответствующих служб. Безусловно, видится необходимой дальнейшая работа по созданию эффективных схем профилактики в наркологическом и суицидологическом направлениях, чему могут способствовать полученные в данном исследовании результаты.

3.2. Суицидологическая характеристика обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя

Сравнивая классические суицидальные паттерны аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группах обучающихся в вузе женщин (Таблица 3.2.1), статистически значимых отличий обнаружить не получилось. Это весьма интересно, так как обычно именно лица женского пола довольно часто совершают суицидальные попытки в сравнении с мужчинами той же возрастной группы (безусловно, это не касается суицидов завершённых) [30, 88, 98, 177].

Таблица 3.2.1 – Представленность классических суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения в группах обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и без него

Признак	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	ЖбОУА n=349 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальной попытки в последние два года	4 (4,65%)	6 (1,72%)	2,64	0,1042	-	-
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	9 (10,46%)	20 (5,43%)	2,49	0,1149	-	-
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	26 (30,23%)	71 (20,34%)	3,89	0,0485	1,7	[1; 2,88]
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	43 (50%)	145 (41,55%)	2,01	0,1564	-	-

Переходя к обсуждению частоты встречаемости мыслей о нежелании жить, в обеих группах процент их распространенности оказался довольно высоким: на протяжении всей жизни 50% группы обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и 41,55% контрольной неоднократно задумывались о лишении себя жизни. В связи с этим возрастная группа женщин от 20 до 27 лет, обучающихся в вузе, может рассматриваться как группа суицидального риска вне зависимости от уровня употребления алкоголя. Алкогольный фактор, как дополнительно усугубляющий соответствующие риски,

способен еще больше повышать суицидальный риск (всё же уровень значимости при сравнении суицидальных мыслей в последние два года оказался менее 0,05, что можно было бы учесть, если бы в доверительный интервал не вошла единица).

Более низкие значения показателей в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя могут быть связаны с адаптированными границами «опасного употребления» в RUS-AUDIT (они значительно сужены в Российской версии), как другой вариант можно предположить, что они еще просто не успели достичь того уровня суицидальности, что и мужчины, в связи с всё же меньшим количеством и частотой потребления алкогольных напитков, и из-за сохраняющейся большей алко-стигматизации женщин и чувства стыда [124, 140, 149]. Последнее может быть весьма спорным моментом, так как Вэлком М.О. и соавторы в 2013 году в своей публикации о гендерных различиях в потреблении алкоголя студентами-медиками указывает на то, что студентки значительно чаще употребляют алкогольные напитки (хоть и в меньших суммарных дозах), чем студенты мужского пола [19].

Перейдем к обсуждению результатов, полученных при сравнении исследуемой и контрольной групп обучающихся в вузе женщин в отношении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов аутоагрессивного поведения. Данные представлены в Таблице 3.2.2.

Таблица 3.2.2 – Представленность несуйцидальных аутоагрессивных паттернов аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группах обучающихся в вузе женщин

Признак	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	ЖбОУА n=349 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Несуйцидальные самоповреждения в последние два года	15 (17,44%)	24 (6,88%)	10,89	0,0010	2,86	[1,43; 5,73]

<i>Продолжение Таблицы 3.2.2</i>						
Несуицидальные самоповреждения в более ранний промежуток времени	23 (26,74%)	54 (15,47%)	6,02	0,0142	1,99	[1,14; 3,49]
Несистематический прием наркотиков в последние 2 года	5 (5,81%)	6 (1,72%)	4,69	0,0303	3,53	[1,05; 11,85]
Несистематический прием наркотиков на протяжении жизни вообще	10 (11,63%)	17 (4,87%)	5,41	0,0200	2,57	[1,13; 5,83]
Субъективное ощущение чрезмерного потребления алкоголя в последние 2 года	5 (5,81%)	6 (1,72%)	4,69	0,0303	3,53	[1,05; 11,85]

Обращает на себя внимание разница в количестве имеющихся несуицидальных самоповреждений, совершаемых женщинами изучаемой группы. Так, за последние два года они наносили себе самоповреждения более чем в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе, что характеризует их как эмоционально нестабильных, импульсивных, плохо контролирующих свои эмоции. И если частота селфхарма в анамнезе вообще (тоже статистически значимо превышающая таковую в контрольной группе) может быть вовсе не связана в наличием модели опасного употребления алкоголя, а скорее с возрастными особенностями потребления алкоголя и феномена селфхарма в подростково-юношеском возрасте [23, 40, 185], то частота несуицидальных самоповреждений в течение последних двух лет у обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя (17,44%) с большой вероятностью совпала именно с формированием изучаемой модели потребления алкоголя.

Интересно, что достаточно часто женщины исследуемой группы признавали, что умышленно наносили самоповреждения в состоянии алкогольного опьянения и эмоциональных перепадов. При этом ранее указывалось, что самоповреждения в состоянии алкогольного опьянения чаще совершаются лицами мужского пола и менее характерны для женщин [56]. Таким образом, обнаружено определенное различие обычно имеющихся гендерных отличий, возможно, указанные Паровой О.И. и соавторами паттерны

сформируются уже с возникновением алкогольной зависимости, что требует дальнейшего изучения.

В основном считается, что феномен селфхарма является более характерным для лиц женского пола (вне контекста употребления алкогольных напитков) [157] как способ самонаказания, преобразования душевной «боли» в физическую [50]. Поэтому интересно, что значения данных показателей оказались сходными в мужской и женской группах, обучающихся в вузе, с паттерном опасного употребления алкоголя (14,29% в последние два года и 28,57% в анамнезе вообще в мужской группе), что заставляет переосмыслить уже сложившиеся гендерные стереотипы.

Наркологический профиль обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя оказался довольно примечательным. Конечно, сама модель опасного употребления алкоголя уже может расцениваться как способ проявления аутоагрессивного поведения с одной стороны [102], являясь предтечей алкогольной зависимости, и как фактор, способствующий облегчению реализации иных способов аутоагрессии, с другой стороны.

Тем не менее, помимо вышеописанной модели употребления алкогольных напитков, были обнаружены данные, актуально вписавшиеся в общее представление о наркологических особенностях изучаемой группы. Так, опыт несистематического приема наркотических веществ весьма предсказуемо был зафиксирован в изучаемой группе женщин, ведь общеизвестным является факт коморбидности наркологических расстройств [84]. Статистически значимое преобладание несистематического потребления наркотиков в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя, не только указывает на их присутствие в группе вообще, но и говорит в пользу выраженной антивитальности личности, ведь употребление наркотических веществ довольно часто происходило в компании малознакомых лиц, где идентификация самого потребляемого наркотического вещества невозможна или затруднена, что-то вроде «русской рулетки» - экстремально и непредсказуемо.

Более того, ценой подобных «экспериментов» в группе становились факты физического или сексуального насилия.

Показательными предстают данные, полученные при выяснении вопроса, считают ли себя обучающиеся в вузе женщины с моделью опасного употребления алкоголя злоупотребляющими им. Из 86 человек изучаемой группы лишь пять из них (5,81%) признали себя злоупотребляющими в последние два года – чаще или больше потребляющими алкоголь относительно субъективной социальной нормы.

Это выглядит достаточно неоднозначно, при том условии, что по результатам пройденного ими скринингового теста RUS-AUDIT, они не уложились в «рамки» нормативного потребления алкоголя, предлагаемые ВОЗ, попав в группу опасно употребляющих. Для того, чтобы набрать 5-9 баллов в тесте, им пришлось ответить на ряд достаточно однозначных и понятных вопросов, касающихся определенных стереотипов потребления алкогольных напитков. Но по какой-то причине эти вопросы не были расценены женщинами как стигматизирующие в отношении возможного наличия проблем с употреблением алкоголя. Вопрос, заданный в диагностической беседе по поводу субъективной оценки себя как человека, потребляющего алкоголь в излишних количествах, был воспринят довольно категорично – 94% ответили отрицательно.

Это настораживающий момент в плане недостаточной критичности к сформированному стилю потребления алкоголя, что предполагает несколько вариантов трактования данного факта: нормализация имеющегося стиля потребления алкоголя или этап формирования механизма алкогольного отрицания. А это в свою очередь, может способствовать риску формирования алкогольной зависимости и обширному риску параалкогольных проблем.

Суммарно оценивая данные, полученные при изучении несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в группе обучающихся в вузе женщин с моделью опасного употребления алкоголя, можно прийти к тому, что изучаемая модель потребления алкоголя ассоциирована с описанными выше показателями суйцидального и несуйцидального проявлений аутоагрессии.

Рассмотрим статистически значимые отличия среди предикторов аутоагрессивного поведения в сравниваемых группах обучающихся в вузе женщин (Таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3 – Предикторы аутоагрессивного поведения у обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и в группе контроля

Признак	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	ЖбОУА n=349 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Желание обратиться к специалисту (психиатру/психотерапевту)	49 (68,05%)	153 (43,84%)	14,02	0,0002	2,73	[1,59; 4,68]
Стыд собственного тела на протяжении последних двух лет	62 (72,09%)	189 (54,15%)	9,1	0,0026	2,19	[1,3; 3,66]
Ощущение присутствия физического недостатка	22 (25,58%)	57 (16,33%)	3,97	0,0463	1,76	[1,004; 3,09]
Физические наказания в детстве	19 (22,09%)	35 (10,03%)	9,24	0,0024	2,54	[1,37; 4,72]
ЧМТ с потерей сознания в последние два года	4 (4,65%)	4 (1,15%)	4,7	0,0302	4,21	[1,03; 17,18]

Представленные данные отражают небольшое количество статистически значимых различий между группами женщин.

В группах женщин оказалось достаточно большое количество тех, кто потенциально хотел бы обратиться за помощью психиатра или психотерапевта по различным причинам, однако в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя их процент всё же преобладает (68,05% против 43,84%). Предположим, что формирование у исследуемой женской группы ОУА имеет на то свои биологические или психологические причины. Сверхнормативное потребление спиртного, с определенной вероятностью, направлено на их сглаживание и «решение», однако, генерируемые у них на новом уровне проблемы, продолжают присутствовать (или усиливают предыдущие). Именно по этой причине в качестве вероятных поводов для обращения звучат запросы, не касающиеся наркологической составляющей.

Данную особенность можно использовать при профилактических интервенциях как в наркологическом, так и суицидологическом аспектах.

Наиболее распространенными причинами обращения к психиатру или психотерапевту в исследуемой группе женщин стали: чувство тревоги, длительные депрессивные состояния, эмоциональные перепады, ощущение внутреннего напряжения, проблемы с восприятием себя (комплексы, «проблемы с самооценкой»). Обращает на себя внимание присутствие среди описанных причин обращения за помощью к специалисту депрессивных состояний, однако данная переменная в использованном опроснике не обнаружила статистически значимых отличий.

Большая часть (около $\frac{3}{4}$) обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя отметили чувство недовольства своим телом, переживаний соответствующего стыда в последние два года, а также беспокойство из-за ощущения присутствия физического недостатка. Подобный комплекс нелюбви к себе, логичным образом отражается в применении неадекватных и довольно специфических способов разрешения этих проблем, в том числе и путем чрезмерного потребления алкоголя (поскольку в состоянии опьянения телесные «недостатки» становились не столь значимыми). Кроме того, подобные антителесные переживания наиболее полно способны объяснить присутствие в группе частоты самоповреждений с несуицидальными намерениями (таблица 3.2.2), что согласуется с данными литературы [9, 35, 54, 95].

Отметим большой процент распространенности физических наказаний в детском возрасте родителями в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя (22,09%). Физические наказания многими авторами рассматриваются как пусковой фактор в генезе психических расстройств [55, 132]. Ранее выявлено отсроченное влияние физического наказания в детстве на суицидальный риск и аутоагрессивное поведение подростков в целом [44].

Перейдём к обсуждению данных, полученных в результате применения опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой (Таблица 3.2.4).

Таблица 3.2.4 – Данные по результатам прохождения опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и контрольной группе

Шкала	ЖсОУА n=86 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбОУА n=349 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Аффективность	3,3 (2,2–4,4)	2,2 (1,1–4,4)	12379,0	0,0119

Статистически значимыми оказались лишь отличия по шкале аффективности, что подразумевает «бурные», чрезмерно эмоциональные реакции на травматическую ситуацию, с потерей рационального мышления, что может быть связано с совершением импульсивных, поспешных и аффективно заряженных поступков и идеаций (селфхарм, суицидальные мысли и попытки).

Все вышеизложенное приводит к выводу, что опасное употребление алкоголя по-разному отражается на суицидологических характеристиках изученных мужской и женской подгрупп. Заметно больше негативных в суицидологическом плане обнаруживают именно представители группы обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, что заслуживает, на наш взгляд, пристального внимания и дальнейшего изучения. Подобный гендерный перекокс имеет безусловно принципиальное значение для построения эффективных профилактических схем. Пока трудно говорить о большей злокачественности влияния опасного употребления алкоголя на обучающихся в вузе мужчин, тем не менее, обнаруженные особенности весьма примечательные в отношении траектории формирования суицидологических особенностей.

Перейдем к обнаруженным статистически значимым отличиям между изученными мужской и женской группами с паттерном опасного употребления алкоголя.

3.3. Гендерные особенности суицидологической характеристики обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя

К настоящему времени погендерный вклад в алкоголь ассоциированную суицидальную смертность является не до конца установленным [3, 76, 139, 141]. По этой причине вопрос установления соотношения суицидологических спецификаций у обучающихся в вузе мужчин и женщин с опасным употреблением алкоголя, видится достаточно принципиальным, поскольку указанные паттерны употребления спиртного являются предтечей формирования алкогольной зависимости среди обоих полов [26], а имеющиеся в изучаемых в исследовании группах аутоагрессивные показатели позже, с большой долей вероятности, трансформируются в таковые у лиц с диагностированной алкогольной болезнью.

В Таблице 3.3.1 приведены статистически значимые отличия в отношении классических суицидальных паттернов между группами обучающихся в вузе женщин и мужчин, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя.

Таблица 3.3.1 – Гендерные особенности классических суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя

Признак	МсОУА n=56 Абс. (%)	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	χ^2	p
Наличие суицидальной попытки в последние два года	6 (10,71%)	4 (4,65%)	1,9	0,1676
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	10 (17,86%)	9 (10,47%)	1,60	0,2061
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	22 (39,29%)	26 (30,23%)	1,24	0,2650
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	34 (60,71%)	43 (50,0%)	1,57	0,2104

Как следует из Таблицы 3.3.1, при сравнении исследуемых групп обучающихся в вузе мужчин и женщин, не было найдено статистически значимых отличий ($p < 0,05$) в отношении суицидальных мыслей и попыток. Тем не менее, заметно преобладание частоты совершения суицидальных попыток в группе обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, которое достигает двух раз в последние два года. Это не соответствует уже общепринятому многими исследователями «гендерному парадоксу» [179, 199], при котором женщины гораздо чаще мужчин совершают суицидальные попытки. Можно отметить всё же большую связь феномена опасного употребления алкоголя и вероятности совершения суицидальной попытки в группе мужчин, тем более, что эти показатели близки с таковыми у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [20]. Меньшая разница обнаружилась в отношении суицидальных мыслей: 39,39% в исследуемой группе мужчин против 30,23% в исследуемой группе женщин в последние два года и 60,71% против 50% соответственно в анамнезе вообще. Стоит отметить, что несмотря на отсутствие статистически значимых отличий между группами обучающихся в вузе женщин с паттерном ОУА и обучающихся в вузе женщин без него, что было подробно описано в предыдущей главе, тем не менее, в отношении большинства изучаемых переменных все четыре группы можно расположить в следующем континууме: МсОУА → ЖсОУА → ЖбОУА → МбОУА (по степени снижения представленности признаков).

К сожалению, учитывая результаты множества научных работ, до 20% из тех, кто имел суицидальные мысли, через некоторое время всё же совершали очередные попытки покончить жизнь самоубийством [104], таким образом, обнаруженные особенности групп являются весьма настораживающими в суицидологическом аспекте. В свою очередь сочетание суицидальных мыслей с имеющейся в прошлом суицидальной попыткой еще больше повышает суицидальный риск [22]. В исследуемых группах такое сочетание было выявлено у 17,86% мужчин и 10,47% женщин.

Понимая личностно-социальные особенности мужчин, возвращаемые обществом, такие как неуместность выражения чувств, эмоций и внутренних переживаний, приходилось применять больший мотивирующий компонент в интервью и чаще напоминать о защищенности получаемой информации и ее важности. Женщины же с большим доверием и легкостью шли на контакт, особенно когда это обсуждалась возможная коррекция с психотерапевтом. Данный нюанс работы с группой лиц с паттерном ОУА следует помнить и использовать при соответствующей работе.

Для восприятия целостности гендерных особенностей суицидальных характеристик в группах обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном ОУА, в Таблице 3.3.2 приведены аналогичные переменные в контрольных группах.

Таблица 3.3.2 – Представленность классических суицидальных паттернов в контрольных группах обучающихся в вузе мужчин и женщин

Признак	МБОУА n=400 Абс. (%)	ЖБОУА n=347 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95 % ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Наличие суицидальной попытки в последние два года	4 (1%)	6 (1,72%)	0,73	0,3923	-	-
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	14 (3,5%)	20 (5,73%)	2,14	0,1435	-	-
Наличие суицидальных мыслей в последние два года	46 (11,5%)	71 (20,34%)	11,06	0,0009	0,505	[0,34; 0,76]
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	110 (27,5%)	145 (41,55%)	16,38	0,0001	0,528	[0,39; 0,72]

Имеющиеся данные говорят о более высоких показателях представленности ряда суицидальных паттернов в женской группе контроля, что, безусловно, оказало влияние на полученные результаты при сравнении их с исследуемой группой. Тем не менее, полученные результаты подтверждают необходимость

разработки профилактических мер для снижения суицидального риска в обеих исследуемых группах, учитывая гендерные особенности последних.

Определенная неблагоприятность группы обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя обнаруживается и в отношении несуицидальных аутоагрессивных паттернов (Таблица 3.3.3).

Таблица 3.3.3 – Сравнение представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов у обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя

Признак	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	МсОУА n=56 Абс. (%)	χ^2	p	ОШ	95% ДИ [НГДИ; ВГДИ]
Несуицидальные самоповреждения последние два года	15 (17,44%)	8 (14,29%)	0,25	0,6179	–	-
Несуицидальные самоповреждения в анамнезе вообще	23 (26,75%)	16 (28,57%)	0,06	0,8116	–	-
Опыт незащищенного секса с малознакомыми партнерами в течение последних двух лет	7 (8,14%)	14 (25%)	7,65	0,0057	0,266	[0,1; 0,71]
Склонность к рискованному поведению в последние два года	9 (10,47%)	16 (28,57%)	7,66	0,0056	0,292	[0,12; 0,72]
Несчастные случаи в последние два года	17 (19,77%)	26 (46,43%)	11,42	0,0007	0,284	[0,13; 0,6]
Несчастные случаи в анамнезе вообще	32 (37,21%)	34 (60,71%)	7,53	0,0061	0,383	[0,19; 0,77]
Опасные увлечения в последние два года	6 (6,98%)	20 (35,71%)	18,73	0,0000	0,135	[0,05; 0,36]
Ощущение злоупотребления алкоголем в последние два года	5 (5,81%)	20 (35,71%)	20,90	0,0000	0,111	[0,04; 0,32]
Ощущение злоупотребления алкоголем ранее	10 (11,63%)	18 (32,14%)	9,02	0,0027	0,278	[0,12; 0,66]
Несистематический прием наркотических веществ в последние два года	5 (5,81%)	10 (17,86%)	5,21	0,0225	0,284	[0,09; 0,88]

Самоповреждения, наносимые без конечной цели самоубийства, уже давно

рассматриваются в роли своеобразной копинг-стратегии [50], которая направлена на борьбу с душевной болью через преобразование её в боль физическую. Несмотря на это, исследователи не отрицают возможную имеющуюся связь наличия факта самоповреждений с высоким суицидальным риском [171]. Полученные в Таблице 3.3.3 данные позволяют говорить об отсутствии статистически значимых отличий между изучаемыми группами женщин и мужчин. Это позволяет говорить о некотором гендерно универсальном характере параалкогольной аутоагрессии [57, 87].

Остановившись на теме личностных особенностей лиц, наносящих самоповреждения, стоит отметить такую черту личности как импульсивность, которая присутствует у них в большинстве случаев [125]. Импульсивность в свою очередь может запускать целый ряд рискованных и виктимных поведенческих актов, которые способны привести к различным негативным последствиям, в том числе и осознанному нанесению самоувечий.

Склонность к рискованному поведению и импульсивным действиям отметила значительная часть мужчин исследуемой группы (28,57%), что превысило показатели в женской более, чем в два раза. В связи с вышеописанным, перспективным видится дальнейшее изучение связи рискованного поведения и склонности к нанесению самоповреждений в группах обучающихся в вузе с паттерном опасного употребления алкоголя.

Хорошо известно, что рискованное поведение в целом является более характерным для лиц мужского пола [97], но в случае группы мужчин с опасным употреблением алкоголя, подобное поведение слишком часто носит импульсивный и необдуманный характер, что без труда обнаруживается при выяснении подробностей рискованного поведения. При этом стоит отметить то, что подобные паттерны часто сопряжены с употреблением алкоголя и представляют потенциальную опасность для их жизни и здоровья. С этим же ассоциированы и иные формы несуйцидального аутоагрессивного поведения, преимущественно характерные для мужчин, такие как рискованное сексуальное поведение (незащищенный секс с малознакомыми партнерами), а также

разнообразные несчастные случаи (множество из которых случилось в состоянии алкогольного опьянения и которых по мнению респондентов при прочих обстоятельствах можно было бы избежать).

Интересными оказались и наркологические особенности, в ряде случаев способные уже сами по себе расцениваться в качестве формы несуицидальной аутоагрессии [42, 104]. Факт несистематического приема наркотических веществ, статистически значимо преобладает в группе обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя (17,86% против 5,81% в исследуемой женской группе), как и субъективная оценка себя как злоупотребляющего алкоголем (35,71% против 5,81% в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя). Несмотря на очевидный риск в отношении алкогольных проблем в исследуемых группах мужчин и женщин, далеко не все оценивают свою модель потребления алкоголя как чрезмерную.

Крайне любопытно, что группа обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя оценивала себя как «чрезмерно употребляющую алкоголь за последние два года» в шесть раз реже, чем соответствующая группа мужчин. Соответствующие данные представлены на Рисунке 5.

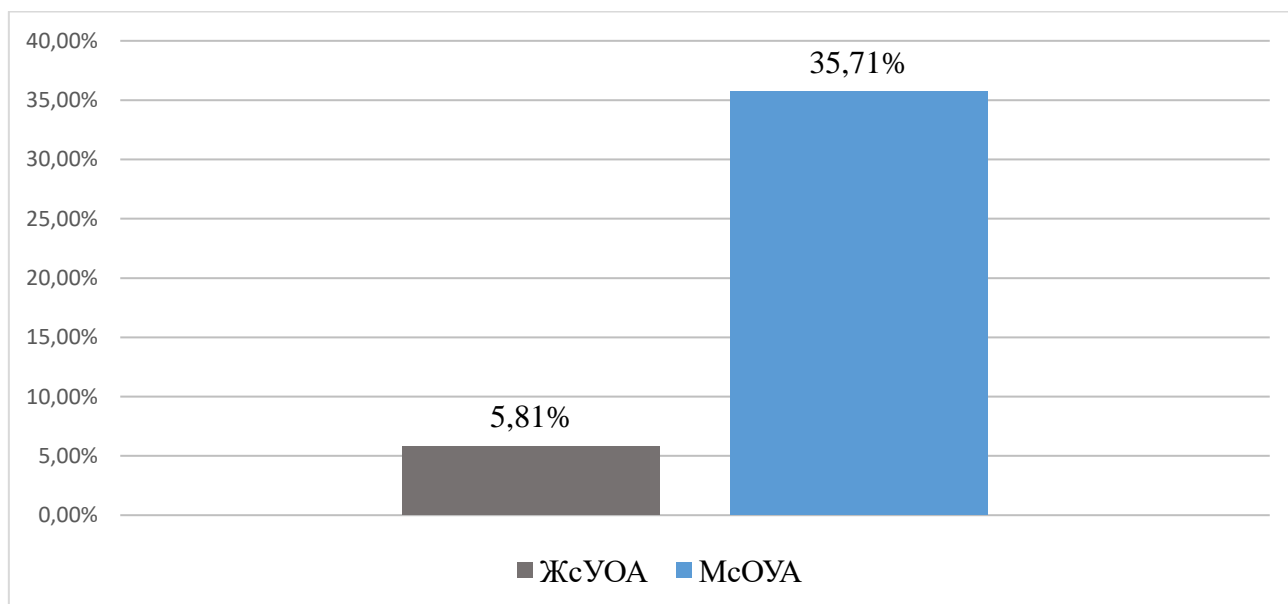


Рисунок 5 – Распространенность субъективного ощущения злоупотребления алкоголем среди групп обучающихся в вузе женщин и мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя

А именно эти последние два года, скорее всего, приходились на формирование уже устойчивой модели опасного употребления алкоголя.

Вероятнее всего, у обучающихся в вузе женщин с паттерном ОУА сказывается компонент стыдливости, страх несоответствия ожиданиям общества, и более выраженная стигматизация женщин в отношении проблем с алкоголем, что и влечет за собой тенденцию скрывать реальное положение дел. Другим вариантом может быть и более раннее включение алкогольных отрицающих механизмов, при которых обучающиеся в вузе женщины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя, просто не видят никакой проблемы в своей модели питья алкогольных напитков. Кстати, аналогичные гендерные особенности обнаруживаются и в психологии женщин с уже сформированной алкогольной зависимостью [29].

Переходя к оценке сравнительных данных, касающихся предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах, сразу стоит оговориться, что статистически значимых отличий между исследуемыми группами женщин и мужчин найдено не было. Некоторые переменные для большей иллюстративности представлены в Таблице 3.3.4.

Таблица 3.3.4 – Представленность некоторых предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах женщин и мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя

Признак	ЖсОУА n=86 Абс. (%)	МсОУА n=56 Абс. (%)	χ^2	p
Ощущение безысходности в последние два года	50 (58,14%)	28 (50%)	0,91	0,3408
Эпизоды сниженного настроения более 2-х недель в последние два года	54 (62,79%)	28 (50%)	2,27	0,1376
Предпочтение «держат в себе» внутренние переживания	48 (55,81%)	40 (71,43%)	3,51	0,0611
Желание обратиться к специалисту (психиатру/психотерапевту)	49 (68,05%)	24 (46,15%)	2,71	0,0999

Стойкое ощущение безысходности, а также длительные эпизоды сниженного настроения имеют большое значение в суицидологической практике [18, 91, 129]. Их отметила половина и более исследуемых лиц, отчетливо превышая те же показатели в контрольных группах (в случае мужских сравнений – на статистически значимом уровне).

Весьма понятным с культуральной точки зрения является превышение в мужской группе числа людей, которые предпочитают не делиться своими внутренними переживаниями и «держат всё в себе», так как им мешают рассказать об имеющихся проблемах стереотипы о том, что мужчина «должен» быть сильным, стойким, негибаемым. С клинической точки зрения этот факт в совокупности с более низкими показателями (в сравнении с женской исследуемой группой) желания обратиться к специалисту (психиатру или психотерапевту), указывают на потенциальную меньшую охваченность специализированной помощью мужчин с опасным употреблением алкоголя. Как, впрочем, и на их потенциальное желание таковую помощь получить. Это «молчаливое страдание», в свою очередь, создаёт трудности со своевременной суицидологической диагностикой, что в том числе влияет на неутешительную статистику самоубийств, совершаемых мужчинами [22].

Женщины, в силу своих личностных и эмоциональных особенностей, более склонны делиться своими проблемами с окружающими, а вследствие этого – и хотя бы думать о возможности их решения с помощью специалистов психиатрического и психотерапевтического профиля. Это дает шанс своевременной помощи обучающимся в вузе женщинам с паттерном опасного употребления алкоголя и снижения риска суицидального поведения. Таким образом, резюмируя данную часть исследования, следует констатировать, что с позиций суицидологической практики группа обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя представляет собой группу, требующую большего внимания в отношении решения уже присутствующего числа признаков высокой аутоагрессивной активности. Данная точка развития персональной аутоагрессивной траектории (даже еще не достигшей уровня

диагностированного заболевания) уже имеет суицидологические характеристики определенной степени сопоставления с пациентами с алкогольной зависимостью. То есть, многие из традиционных аутоагрессивных спецификаций алкогольной зависимости начинают с успехом формироваться еще на этапе доклинического злоупотребления. Именно этот факт делает изучаемую группу потенциально наиболее эффективной точкой приложения профилактической активности в суицидологии. Однако, установленные факты не позволяют с суицидологических позиций отнести группу обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя к относительно благоприятным. Действительно, в целом ряде использованных переменных, они в рассматриваемой точке развития несколько благоприятнее представленной мужской подгруппы, тем не менее, они занимают уверенное промежуточное положение между группой мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя и женской группой контроля. Что в свою очередь диктует необходимость создания профилактических мероприятий в отношении всех лиц с опасным употреблением алкоголя, учитывая гендерные особенности.

3.4. Психологические особенности обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, значимые для суицидологической практики

Психологические особенности лиц, имеющих повышенный риск суицидального поведения, как правило, имеют свои особенности [4, 74, 75, 80]. Так, наличие физической или психологической травмы в детстве связывают с последующей частотой аутоагрессивного поведения в подростковом и взрослом возрасте [75, 187, 190]. В Таблице 3.4.1. представлены статистически значимые различия, полученные в ходе опроса обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя в отношении травмирующих переживаний, имеющих место в их детстве.

Таблица 3.4.1 – Данные краткой версии опросника детских травмирующих переживаний (Childhood Trauma Questionnaire: Short Form, CTQ-SF) в исследуемых группах мужчин и женщин

Шкала	МсОУА n=56 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбОУА n=400 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Эмоциональное насилие	8,5 (7–11)	6 (5–8)	6804,0	0,0000
Эмоциональное пренебрежение	8,5 (5–12,5)	7(4–10)	9237,0	0,0336
Физическое пренебрежение	10 (9–12)	7 (5–9)	4936,0	0,0000
Минимизация/отрицание	10 (8–11,25)	11 (9–13,25)	8765,0	0,0084
	ЖсОУА n=86 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбОУА n=349 Me (Q ₁ -Q ₃)		
Эмоциональное насилие	9 (6,25–11)	7 (5–10)	12750,0	0,0307

С эмоциональным насилием, эмоциональным и физическим пренебрежением в детстве группа обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя столкнулась ожидаемо значительно чаще в сравнении с контрольной группой мужчин ($p < 0,05$). Логичным образом тенденция к идеализации родительской семье у МсОУА заметно ниже, что характеризуется параметром минимизации/отрицания. Обнаруженные особенности детского травмирующего опыта у МсОУА согласуются с имеющимися в группе паттернами аутоагрессивного поведения и могут быть использованы в качестве профилактических и терапевтических мишеней, как в наркологической, так и суицидологической практике.

Женская исследуемая группа, в свою очередь, имеет заметно меньшее количество статистически значимых отличий. Чаще, чем в контрольной группе у них отмечалось присутствие в детском травматическом опыте фактов эмоционального насилия со стороны родителей ($p = 0,0307$). Если проводить параллель с имеющимся в группе уровнем присутствия аутоагрессивных паттернов и их предикторов, который существенно ниже, чем в соответствующей мужской группе, меньшее число отличий в отношении шкал детских травмирующих переживаний выглядит логичным. Полученное соотношение

заслуживает дальнейшего изучения с целью изучения влияния детского травматического опыта на формирование аутоагрессивной траектории в зависимости от половой принадлежности исследуемого.

Перейдем к оценке жизнестойкости обучающихся в вузе женщин и мужчин, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя. Полученные данные представлены в Таблице 3.4.2.

Таблица 3.4.2 – Результаты ответов на тест Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой в группах обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя

Шкала	МсОУА n=56 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбОУА n=400 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Общая жизнестойкость	73 (57,75–91,5)	87 (71–105)	8137,0	0,0009
Вовлеченность	32,5 (23,5–39)	37 (30–45)	8208,0	0,0112
Контроль	28,5 (24–34,25)	32,5 (26–39,25)	8619,0	0,0052
Принятие риска	13 (10,5–20)	18 (13,75–22)	7746,0	0,0002
	ЖсОУА n=86 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбОУА n=349 Me (Q ₁ -Q ₃)		
Общая жизнестойкость	70,5 (59–91,75)	75 (59–91)	14123,5	0,3977
Вовлеченность	30,5 (22–38,75)	31 (25–39)	14512,5	0,6362
Контроль	25 (20,25–30)	27 (22–34)	13823,0	0,2571
Принятие риска	16 (13–19)	17 (13–21)	14350,5	0,5299

Как видно из Таблицы 3.4.2, обучающиеся в вузе мужчины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя, характеризовались меньшей жизнестойкостью (как по шкале общей жизнестойкости, так и по отдельным её компонентам). Это говорит о менее выработанных способностях совладания со стрессом в мужской исследуемой группе, легкости нарушения внутренней стабильности и баланса, проблемах с контролем и большей склонности к рискованно-виктимным модусам поведения. Что способствует легкости возникновения антивитаальных идеаций, неадаптивных способов решения проблем, опасных для здоровья и жизни увлечений, а также чрезмерному

употреблению алкоголя и рискованному приему наркотических веществ.

В случае обучающихся в вузе женщин, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, рассматриваемые показатели не достигают статистически значимых отличий, что в очередной раз говорит в пользу несколько большей благополучности женской группы.

Учитывая специфические защитные механизмы, со временем формируемые при алкогольной зависимости [89, 96], и имеющие важное значение для алкоголь-зависимого суицидогенеза [42], важным представлялась оценка психологических защитных механизмов, характерных для лиц с опасным употреблением алкоголя.

Данные теста диагностики психологических защитных механизмов, представленные в группах женщин и мужчин с опасным употреблением алкоголя представлены в Таблице 3.4.3.

Таблица 3.4.3 – Данные теста диагностики психологических защитных механизмов (Life Style Index) в группах мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя

Психологический защитный механизм	МсОУА n=56 Me (Q ₁ -Q ₃)	МбОУА n=400 Me (Q ₁ -Q ₃)	U эксп.	p
Регрессия	7,5 (6–11)	5 (3–8)	6764,0	0,0000
Замещение	3 (1–4)	2 (1–3)	8068,0	0,0007
Компенсация	5 (3–6)	4 (2–5)	7788,0	0,0002
	ЖсОУА n=86 Me (Q ₁ -Q ₃)	ЖбОУА n=349 Me (Q ₁ -Q ₃)		
Регрессия	8 (6–10)	7 (5–9)	12162,5	0,0065
Компенсация	5 (4–6)	4 (3–6)	12152,0	0,0063

Защитными психологическими механизмами, статистически значимо преобладающими в группе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя, оказались регрессия ($p=0,0000$), замещение ($p=0,0007$) и компенсация ($p=0,0002$). Регрессия показывает личностную незрелость, приводящую к аномальным способам реагирования на стресс, что соответствует их большей аффективности (таблица 3.1.5) и объясняет их склонность быть приверженными опасной модели

употребления алкогольных напитков. Частота использования психологического защитного механизма «замещение», то есть, перенесения эмоциональных реакций на более доступный объект (соответственно актуальная причина, вызвавшая стресс игнорируется), подчеркивает склонность мужчин с опасным употреблением алкоголя «разряжать» негативные эмоции на более доступных и безопасных объектах, включая самих себя. Компенсация в группе обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя может рассматриваться в плоскости самоутверждения из-за существующей нестабильной оценки себя. Любопытно, что два защитных механизма (регрессия и замещение), обнаруженные в исследуемой группе, аналогичны таковым, обнаруженным у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, отмечающих у себя выраженные антивитаальные переживания [42].

В женской исследуемой группе статистически значимо преобладали регрессия ($p=0,0065$) и компенсация ($p=0,0063$). Не станем подробно останавливаться на интерпретации обнаруженных особенностей, однако подчеркнем, что именно регрессия является ведущим психологическим защитным механизмом у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, отмечающих у себя присутствие суицидальных устремлений [6]. Обнаруживаемые отличия по шкале компенсации, вероятнее всего, имеют отношения к возрастным особенностям группы.

Таким образом, обнаруженные в исследовании психологические спецификации обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя, достаточно логичны и дополняют собой комплексную оценку суицидологической характеристики изучаемых групп. Количество и особенности обнаруженных переменных демонстрируют заметные отличия между соответствующими мужской и женской группами с опасным употреблением алкоголя. Полученные данные могут быть использованы в разработке комплексных и персонифицированных программ, направленных на снижения суицидального риска в группах, а также профилактику возможного развития алкогольной зависимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе впервые в России изучены аутоагрессивные (в том числе суицидологические) и психологические характеристики мужчин и женщин, обучающихся в вузе, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя.

Литературный обзор подтверждает актуальность и несомненную важность темы изучения суицидологических особенностей обучающихся вузов, в связи с неутешительными показателями распространенности самоубийств среди этой возрастной категории. Особого внимания относительно вклада в общий урон суицидальной смертности заслуживает параалкогольное суицидальное поведение. Проблема злоупотребления алкоголем касается не только, как принято думать, лиц среднего возраста, но и молодых людей, в том числе обучающихся высших учебных заведений, которые сталкиваются со специфическими для этой категории лиц трудностями социализации и проблемами, связанными непосредственно с их обучением. Феномен алкоголь-ассоциированной аутоагрессии гораздо шире, чем это принято считать (по умолчанию ранее это была аутоагрессивная активность больных с алкогольной зависимостью).

В исследовании подтверждены данные о неблагополучности групп обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя с точки зрения суицидологии и наркологии. Наличие паттерна опасного употребления алкоголя оказало большее негативное влияние на группу мужчин, обучающихся в вузе: они значительно чаще в сравнении с группой контроля отмечали суицидальные мысли и попытки (зачастую совершенные в состоянии алкогольного опьянения); для них более свойственной оказалась склонность к рискованно-виктимным направлениям реализации аутоагрессии; обнаружилось основные общепринятые предикторы аутоагрессивного поведения в виде ощущения безысходности, одиночества, долгопереживаемого чувства вины и эпизодов сниженного настроения.

Несколько вразрез с обычно принятым для большинства исследователей фактом феминизации актов несуйцидальных самоповреждений, обучающиеся в

вузе мужчины с паттерном опасного употребления алкоголя в существенно большем числе случаев в сравнении с контрольной группой мужчин применяли селфхарм как способ внутренней эмоциональной «разрядки». Исследуемая группа мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя оказалась склонной к выраженной аффективности и демонстрации переживаемых внутренних проблем, при одновременно низких показателях желания обращения к специалисту в области психического здоровья.

Обучающиеся в вузе женщины с паттерном опасного употребления алкоголя показали себя как группу с меньшим, в сравнении с мужчинами, суицидальным риском. В отношении суицидальных паттернов между исследуемой группой женщин и группой контроля практически не было обнаружено статистически значимых различий, что дает основание для дальнейшего, более углубленного изучения причин такой разницы с аналогичной серией сравнений в мужской группе. Очень вероятно, это может быть связано меньшими (хоть и не менее частыми) дозами потребляемых алкогольных напитков, сравнительно более поздним началом «приобщения» к алкоголю, а также большей стигматизацией женщин в отношении проблем, связанных с употреблением алкоголя. Опять же, результаты, полученные в отношении совершенных суицидальных попыток в прошлом среди исследуемых групп женщин и мужчин, оказались не совсем согласующимися с общепринятым так называемым «гендерным парадоксом».

В исследовании обучающиеся в вузе женщины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя, характеризовались импульсивными, склонными к эмоциональным перепадам и соответствующим этим периодам частым несуйцидальным сапомовреждениям, «помогающим» хотя бы временно им справляться с душевной болью. Наркологические особенности исследуемой группы женщин с опасным употреблением алкоголя оказались (несмотря на меньший суицидальный риск) весьма настораживающими: большая часть из них не самоидентифицировала себя как человека, чрезмерно потребляющего алкоголь, что обосновывает причинную обусловленность большей «злокачественности»

алкогольных проблем женщин из-за субъективной нормализации злоупотребления алкоголем или же более раннего формирования у них механизма алкогольного отрицания. При общей неблагоприятной наркологической ситуации у обучающихся в вузе женщин с опасным употреблением алкоголя, более половины из них признали, что хотели бы обратиться за специализированной помощью к психотерапевту/психиатру, что дает надежду на возможность своевременной диагностики неадаптивной модели потребления алкоголя, усугубляющей их аутоагрессивные характеристики.

В работе были обнаружены некоторые психологические особенности обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, сходные с таковыми у лиц с уже диагностированной алкогольной зависимостью (защитные механизмы регрессии и замещения), что подтверждает факт важности изучения и выявления таких лиц на доклиническом этапе. Обучающиеся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя оказались менее «жизнеспособными», то есть менее восприимчивыми к стрессу и его последствиям. Мужчины с опасным употреблением алкоголя перенесли в значительно большем числе случаев детский травмирующий опыт, что может иметь несомненное отношение к их аутоагрессивным и наркологическим особенностям в уже взрослом возрасте.

Исследование наглядно продемонстрировало тот факт, что высокие показатели аутоагрессии начинают формироваться у лиц, злоупотребляющих алкоголем, еще на донаркологическом этапе. В данном случае – в периоде формирования модели опасного употребления алкоголя. Вероятно, представляется куда более значительным число суицидальных параалкогольных потерь за счет потребителей без установленного по МКБ-10 диагноза алкогольной зависимости. Данное положение требует дальнейшего пристального изучения, создавая значительный задел для последующей научной работы.

Целесообразность создания преддиагностической рубрики опасного употребления алкоголя (успешно определяемого с помощью теста RUS-AUDIT, использованного в данном исследовании), была изначально продиктована необходимостью установления групп лиц, в отношении которых наиболее

эффективны профилактические мероприятия для недопущения развития алкогольной зависимости (и всего комплекса параалкогольных проблем). Однако, опасное употребление алкоголя, как это продемонстрировано в настоящей работе, сопряжено не только с некими неблагоприятными наркологическими паттернами. У данной группы лиц обнаруживаются крайне настораживающие суицидологические характеристики и сопутствующий им ряд психологических особенностей.

Установлено, что суицидологические характеристики имеют существенное отличие в зависимости от пола лица, имеющего опасное употребление алкоголя. Обнаруженные факты, касающиеся обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя, на момент изучения их аутоагрессивных характеристик, создают возможность для разработки эффективных и персонализированных профилактических схем.

Перспективой дальнейших исследований в направлении темы диссертационного исследования является изучение и создание персонализированных высокоэффективных схем для снижения суицидального риска и уменьшения вероятности формирования алкогольной зависимости среди обучающихся высших учебных заведений с моделью опасного употребления алкоголя.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Клинический пример № 1

М., 22 лет, студент пятого курса вуза, выявлен паттерн опасного употребления алкоголя.

Анамнестические сведения: наследственность психопатологически отягощена – отец М. злоупотреблял алкоголем. Воспитывался в основном матерью, отец практически не принимал участия в воспитании. Часто подвергался физическому наказанию со стороны родителей. Родители развелись, когда юноше было 12 лет. В возрасте 14 лет появился отчим, который, как и отец, злоупотреблял алкоголем, обращался к психиатру-наркологу за специализированной помощью. В школе учился хорошо, после окончания 11-ти классов поступил в медицинский университет. Успешно сдавал экзамены, не отчислялся.

Наркологический анамнез: впервые алкоголь попробовал в возрасте 13 лет, в компании одноклассников. Употреблял алкогольные напитки (в основном слабоалкогольные) в компании сверстников, относительно редко. Спустя год после поступления в университет (с 19 лет) стал употреблять алкогольные напитки с однокурсниками, в основном в выходные дни (после сдачи коллоквиумов, зачетов, экзаменов). Выпивал сначала слабоалкогольные напитки, затем переключился на более крепкие (в основном водка). На момент проведения исследования не считает, что употребляет алкоголь в чрезмерных количествах и чаще общепринятого. За один раз выпивает десять и более СДА в перерасчете на водку, обычно один раз в неделю, за месяц - около 40-50 СДА. Не утратил количественный контроль (может остановиться), при этом никогда не возникало ситуаций, когда не мог бы выполнить на следующий день после употребления алкоголя то, что от него ожидалось. Не пропускал учебу. На следующий день после выпивки периодически испытывал головные боли, слабость, «несобранность», однако никогда не похмелялся. Не чаще раза в месяц испытывал чувство стыда и вины за то, что накануне выпивал «слишком много», заметных

мнестических нарушений не отмечал. В состоянии алкогольного опьянения не подвергался травматизации и актам физического насилия. Со стороны близких людей (в основном девушек) неоднократно слышал рекомендации об уменьшении потребляемого алкоголя.

Аутоагрессивный анамнез: отчим покончил жизнь самоубийством путем самоповешения, когда исследуемому было 16 лет. Суицидальные мысли впервые появились в возрасте 16 лет, после сложного периода в семье. Конкретных суицидальных планов тогда не строил, лишь думал о том, что «хочется исчезнуть», «заснуть и не проснуться», часто было сниженным настроение. В возрасте 20-ти лет впервые появилось ощущение безысходности, стал долго переживать вины «по поводу и без». Ни с кем не делился своими внутренними переживаниями. В один из эпизодов возникновения суицидальных мыслей нанес себе самоповреждения на левом предплечье, после чего испытал некоторое облегчение. В последние два года стали возникать (в большинстве случаев) независимые от внешних обстоятельств эпизоды сниженного настроения, при которых учащались мысли о нежелании жить, возникало желание выпить. В 21 год, после очередной успешной сдачи сессии, осознал, что утерю смысл жизни, ничего не приносит радости в жизни, чувствовал свое положение безвыходным. Ни с кем эти не делился, так как боялся, что его «не поймут». К специалисту не обращался в связи с устойчивым сформированным стереотипом о том, что «мужчины не жалуются». Вечером, когда сосед по комнате ушел на встречу с друзьями, испытывал ощущение безысходности, «душевной боли», в связи с чем импульсивно совершил суицидальную попытку: смешал лекарства, лежащие в аптечке и выпил их горсть, рассчитывая на то, что «больше не придет в сознание». Среди ночи проснулся, ощущал слабость и сонливость. Понял, что остался жив. Не испытывал чувства вины за попытку лишения себя жизни. Кроме того, в состоянии алкогольного опьянения неоднократно отмечал явную склонность к рискованному поведению (незащищенному сексу с малознакомыми партнершами). Понимал, что это неправильно, однако неоднократно повторял эти поступки снова.

Клинический пример № 2

Ж., 22 лет, студентка 5 курса вуза, выявлен паттерн опасного употребления алкоголя.

Анамнестические сведения: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в полной семье, до семи лет воспитывалась обоими родителями. После развода родителей проживала с матерью, с отцом поддерживала отношения, хоть и не всегда регулярно. Физическому насилию со стороны родителей не подвергалась. Мать часто «критиковала», была «всё время чем-то недовольна», редко хвалила. При этом с ней были довольно близкие отношения, мать пыталась «контролировать» жизнь девушки. В школе училась на «отлично», старалась быть «лучше остальных». Общалась с узким кругом друзей, но поддерживала с ними хорошие взаимоотношения. Как подростка характеризовала себя «стеснительной», имела «комплексы» по поводу своего тела. Окончила 11 классов, поступила в медицинский университет. В первые два курса «постоянно зубрила», «толком никуда не ходила» с друзьями. Училась хорошо, задолженностей по учебе не имела. Отрицает наличие черепно-мозговых и иных травм.

Наркологический анамнез: алкоголь впервые попробовала в возрасте 15 лет, в компании друзей матери (шампанское). Затем периодически могла выпить алкоголь, в основном вино, опять же в кругу семьи. С друзьями выпивала «только на выпускном». После окончания второго курса в возрасте 19 лет вступила в романтические отношения с парнем старше нее, могла выпить с ним вина или более крепкого алкоголя в компании их общих друзей в выходные дни. В состоянии алкогольного опьянения становилась «раскрепощённой», «веселой», быстрее находила контакт с людьми. В возрасте 20 лет, после расставания с молодым человеком, стала употреблять алкогольные напитки чаще, в основном вино или вермут. Никогда не считала, что употребляет алкоголь часто или «много». После выпивки в компании друзей «забывала о проблемах». За один раз выпивает в среднем 4-5,4 СДА, обычно один раз в неделю, за месяц – около 16,8

СДА. Количественный контроль не утерян, на следующий день после употребления алкогольных напитков никогда не пропускала занятия, выполняла необходимые дела. Около одного раза в месяц испытывала чувство стыда за то, что накануне употребляла алкоголь. Никогда не похмелялась. Нарушений памяти не отмечала. Со стороны друзей не поступало замечаний или советов, чтобы снизить количество или частоту потребляемого алкоголя. В состоянии алкогольного опьянения никогда не получала травм, с ней не случались «несчастные случаи». Наркотические препараты употребляла лишь однократно, в новой компании в состоянии алкогольного опьянения: «вроде это была травка».

Аутоагрессивный анамнез: мысли о нежелании жить впервые появились в возрасте 20-ти лет, после расставания с молодым человеком. Тогда почувствовала себя «ненужной», «одинокой». Много плакала, делилась внутренними переживаниями лишь с близкими подругами. Высказывала мысли о том, что «не нравится собственное тело», снизилась самооценка. Конкретных суицидальных планов не строила, «просто перестала видеть смысл в жизни». Суицидальных попыток не совершала, «всегда боялась смерти». В очередной раз, испытывая нахлынувший эмоциональный всплеск («в груди всё горело», «болела душа»), в состоянии алкогольного опьянения нанесла себе импульсивно самопорезы канцелярским ножом на предплечье и бедре, после чего почувствовала облегчение, «будто внутренняя боль ушла», «переключилась». Позже сообщила о самоповреждениях бывшему молодому человеку. Обращалась однократно к психологу «по поводу расставания». Спустя год после расставания «остыла», однако продолжала выпивать каждую неделю, «чтобы стало легче на душе», могла выпить в одиночку, но тогда «чувствовала себя еще хуже», «в голову лезли мысли, что я никому не нужна». В последние два года испытывает долгопереживаемое чувство вины, склонна «долго терпеть боль», периодически посещают мысли о «бессмысленности жизни». Хотела бы обратиться к психотерапевту по поводу «перепадов настроения» и «чтобы разобраться в себе».

ВЫВОДЫ

1. Обучающиеся вузов, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя, с позиций суицидологической практики, представляют собой достаточно неблагоприятные группы в связи с высокой распространенностью суицидальных мыслей и попыток, наличием основных предикторов аутоагрессивного поведения в виде ощущения безысходности, навязчивых длительных угрызений совести и стойкого чувства одиночества, а также склонностью к рискованно-виктимным направлениям реализации аутоагрессии в группе мужчин и наличием несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в виде самоповреждений, наносимых с несуйцидальной целью, в группе женщин с формирующимся уже на донологическом этапе алкогольным отрицанием.

2. Обучающиеся вузов, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя, имеют ряд психологических особенностей в виде повышенной аффективности, преимущественного использования таких защитных механизмов, как регрессия и замещение. Кроме того, мужская группа статистически значимо характеризуется сниженной жизнестойкостью и наличием травмирующего детского опыта, способных облегчить реализацию аутоагрессивных устремлений, что следует учитывать при создании профилактических и терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках в отношении рассматриваемого контингента лиц.

3. Суицидологические характеристики обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя, имеют заметные отличия в зависимости от половой принадлежности лица с паттерном опасного употребления алкоголя: обучающиеся в вузе мужчины с паттерном опасного употребления алкоголя имеют значительно большее число суицидальных паттернов в сравнении с обучающимися в вузе женщинами с аналогичным стилем употребления алкоголя.

4. Полученные в исследовании данные, касающиеся суицидологических характеристик обучающихся вузов, имеющих паттерн опасного употребления

алкоголя, целесообразно использовать в построении терапевтических и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска аутоагрессивного (в том числе суицидального) поведения путём выявления изучаемого паттерна среди обучающихся вузов и проведения краткосрочных терапевтических интервенций. Установленные особенности расширяют теоретические и практические представления о феномене алкоголь-индуцированной аутоагрессии, создавая основания для ее коррекции на всей продолжительности алкогольной траектории.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. При обращении лиц молодого возраста, обучающихся в вузах, к специалистам в области психического здоровья с суицидальными или иными аутоагрессивными паттернами, целесообразно изучить их наркологический статус с целью выявления опасного употребления алкоголя. Акцентирование внимания исключительно на суицидологической составляющей без учета их наркологического статуса является недостаточным, поскольку присутствие паттернов опасного употребления алкоголя способно снижать эффективность антисуицидальных интервенций.

2. При обнаружении доклинических форм злоупотребления алкоголем, тактика специалиста в области психического здоровья требует конкретизации типа потребления алкоголя и оценки присутствия паттернов аутоагрессивного поведения.

3. Для косвенной оценки суицидального риска у лиц женского и мужского пола с опасным употреблением алкоголя, обучающихся в вузе, целесообразно использование теста RUS-AUDIT с целью установления паттерна опасного употребления алкоголя, который, как продемонстрировано в исследовании, зачастую ассоциирован с высоким риском присутствия аутоагрессивных паттернов.

Выявленные в исследовании аутоагрессивные характеристики обучающихся вузов с паттерном опасного употребления алкоголя, а также их психологические особенности, дадут возможность создания специфических и эффективных мероприятий для снижения суицидального риска и уменьшения вероятности формирования алкогольной зависимости.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
Вуз	– высшее учебное заведение
ДИ	– доверительный интервал
ЖБОУА	– обучающиеся в вузе женщины, не имеющие паттерна опасного употребления алкоголя
ЖсОУА	– обучающиеся в вузе женщины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя
МБОУА	– обучающиеся в вузе мужчины, не имеющие паттерна опасного употребления алкоголя
МсОУА	– обучающиеся в вузе мужчины, имеющие паттерн опасного употребления алкоголя
НГДИ	– нижняя граница доверительного интервала
ВГДИ	– верхняя граница доверительного интервала
МКБ	– международная классификация болезней
ОУА	– опасное употребление алкоголя
ОШ	– отношение шансов
СДА	– стандартная доза алкоголя
СП	– стандартная порция алкоголя
AUD	– Alcohol use disorder
AUDIT	– The Alcohol Use Disorders Identification Test
DSM-5	– Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition
Me	– медиана
p	– статистическая значимость
Q ₁	– нижний квартиль
Q ₃	– верхний квартиль
U эксп.	– статистический критерий Манна-Уитни
χ^2	– статистический критерий Пирсона (хи-квадрат)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкоголизм и причины суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, В.Н. Кузнецов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 68-76.
2. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий / А.В. Столяров, А.Д. Борохов, Е.К. Жаманбаев [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, № 2. – С. 55-58.
3. Алкогольная зависимость как вариант личностной аутоагрессии (обзор литературных данных) / М.А. Байкова, О.Ю. Сомкина, А.В. Лукашук [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Научный форум. Сибирь. – 2016. – Т. 2, №1. – С. 46-50.
4. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14-20.
5. Аутоагрессивная алкогольная личность / Д.И. Шустов, О.Д. Тучина, И.А. Федотов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 89-109.
6. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, А.В. Лукашук [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – Т. 17, № 1. – С. 112-116.
7. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями / А.А. Абрамова, С.Н. Ениколопов, А.Г. Ефремов [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7, № 2. – С. 21-40.
8. Аутоагрессивное поведение у лиц молодого возраста / И.М. Улюкин, В.Н. Емельянов, В.Н. Болехан [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный //

Известия Российской военно-медицинской академии. – 2017. – Т. 36, № 4. – С. 53-59.

9. Аутоагрессивные характеристики юношей и девушек, испытывающих отчётливые переживания стыда собственного тела / Е.Н. Кочнова, А.В. Меринов, Б.Ю. Володин [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2023. – Т. 14, № 1. – С. 101-114.

10. Безматерных, С.А. Профилактика суицидального поведения среди студенческой молодёжи / С.А. Безматерных, И.А. Таскина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Информация и образование: границы коммуникаций. – 2022. – № 14 (22). – С. 403-405.

11. Бехтель, Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э.Е. Бехтель. – Москва: Медицина, 1986. – 272 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

12. Били-Лазарь, А.А. Причины ухудшения состояния здоровья студенческой молодежи / А.А. Били-Лазарь, Э.В. Хлебутина, В.В. Вольский. – Текст (визуальный) : непосредственный // Проблемы педагогики. – 2017. – Т. 4, № 27. – С. 58-59.

13. Бисалиев, Р.В. Семейные факторы риска аддиктивного и аутоагрессивного поведения / Р.В. Бисалиев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 3 (87). – С. 82-88.

14. Богданов, И.Я. Демографические и социально-экономические аспекты превенции суицидов в России в современных условиях / И.Я. Богданов, В.А. Розанов. – Текст (визуальный) : непосредственный // III Всероссийский демографический форум с международным участием: материалы форума (Москва, 03–04 декабря 2021 года). – Москва: Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук, 2021. – С. 135-138.

15. Борисоник, Е.В. Психологическое состояние членов семей, переживших разные формы суицида близкого человека (однократная попытка, хроническая суицидальность, завершённый суицид) / Е.В. Борисоник, А.Б.

Холмогорова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 56-75.

16. Брагина, К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К.Р. Брагина. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т. 7, № 2. – С. 2.

17. Васюра, С.А. Стратегии совладания юношей и девушек студенческого возраста в связи с уровнем их коммуникативной активности / С.А. Васюра, Я.П. Коробейникова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Казанский педагогический журнал. – 2014. – Т. 1, №102. – С. 123-131.

18. Галкин, С.А. Влияние исполнительного функционирования на суицидальное поведение при коморбидности алкогольной зависимости и аффективных расстройств / С.А. Галкин, Н.А. Бохан. – Текст (визуальный) : непосредственный // Девиантология. – 2021.–Т. 5, №1. – С. 23-29.

19. Гендерные различия проблем, обусловленных алкоголем, среди учащейся молодёжи / М.О. Вэлком, Ю.Е. Разводовский, Н.И. Садовский [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 3-13.

20. Гендерный аспект суицидологического профиля лиц с опасным потреблением алкоголя / К.В. Полкова, А.В. Меринов, Е.В. Комаров [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2023. – Т. 14, № 2. – С. 59-72.

21. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – 2-е изд. Москва: ООО «Издательство «МИА», 2017. – 376 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

22. Гречко, Т.Ю. Готладская шкала мужской депрессии (GSMD) в клинической практике (обзор литературы) / Т.Ю. Гречко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психиатрия: современные тенденции охраны психического

здоровья: сборник научных трудов / под редакцией Е.В. Руженской. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2017. – С. 27-30.

23. Дарьин, Е.В. Эпидемиология несуйцидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) / Е.В. Дарьин, О.Г. Зайцева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2023. – Т. 57, № 2. – С. 8-19.

24. Двойной диагноз: «депрессия» и «расстройство употребления алкоголя» / Ю.П. Сиволап, Е.М. Крупицкий, В.Д. Менделевич [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 7. – С. 135-140.

25. Донозологические формы потребления алкоголя: клинические и этнокультуральные аспекты / Р.В. Бисалиев, Е.В. Кречина, Н.Ф. Ханинев [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Наркология. – 2009. – Т. 8, № 8. – С. 71-79.

26. Европейское региональное бюро ВОЗ. Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации – Всемирная организация здравоохранения, 2021. – Текст : электронный. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350879/9789289056571-rus.pdf?sequence=1>.

27. Европейское региональное бюро ВОЗ. Протокол исследования по валидации теста RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации. – Всемирная организация здравоохранения, 2021. – Текст : электронный. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342074/9789289055758-rus.pdf?sequence=1>.

28. Золотарева, А.А. Русскоязычная адаптация симптоматического опросника (Symptom Checklist-K-9, SCL-K-9) / А.А. Золотарева. – Текст

(визуальный) : непосредственный // Сибирский психологический журнал. – 2023. – № 89. – С. 105-115.

29. Иванец, Н.Н. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 704 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

30. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; пер. с англ. В. Б. Стрелец. – Москва: Медицина, 1994. – 522 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

31. Катан, Е.А. Опыт жестокого обращения в детстве у наркологических больных и методы его ретроспективной оценки / Е.А. Катан, В.В. Карпец. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2018. – № 9. – С. 60-79.

32. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты / Е.Б. Любов, А.В. Сахаров, П.К. Яхьяева [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Академический журнал Западной Сибири. – 2022. – Т. 18, № 1. – С. 30-34.

33. Колесников, М.П. Селф-харм как проблема современности / М.П. Колесников. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психология: новые горизонты: сборник трудов Студенческого форума II Международной научно-практической конференции, Евпатория, 09 декабря 2022 года / редколлегия: Н.Н. Колосова, А.В. Хитрова. – Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2023. – С. 111-116.

34. Красильников, А.М. Исследование суицидов у больных алкоголизмом / А.М. Красильников. – Текст (визуальный) : непосредственный // Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. – Ленинград: Ин-т им. Бехтерева, 1977. – С. 60-66.

35. Красильникова, А.М. Стыд как фактор возникновения самоповреждающего поведения / А.М. Красильникова, К.В. Пыркова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Бехтерев и современная психология личности: сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции

(К 135-летию организации первой в России психофизиологической лаборатории в г. Казани) (Казань, 02–04 октября 2020 года). – Казань: НОУ ДПО «Центр социально-гуманитарного образования», 2020. – С. 112-113.

36. Краснова, В.В. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов / В.В. Краснова, А.Б. Холмогорова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 4. – С. 50-53.

37. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – Москва: Смысл, 2006. – 63 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

38. Лисицын, Ю.П. Алкоголизм / Ю.П. Лисицын, Н.Я. Копыт. – 2-е изд. Москва: Медицина, 1983. – 263 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

39. Лукашук, А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства / А.В. Лукашук, А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – Т. 25, № 1. – С. 86-91.

40. Любов, Е.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть 1 / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов. – Текст визуальный : непосредственный // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 3 (40). – С. 44-71.

41. Меннингер, К. Война с самим собой / К. Меннингер. – Москва: Эксмо-пресс, 2001. – 480 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

42. Меринов, А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: специальность 14.01.27 «Наркология»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Меринов Алексей Владимирович. – Москва, 2012. – 273 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

43. Меринов, А.В. Влияние несистематического употребления наркотических веществ у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики / А.В. Меринов, А.Ю. Алексеева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 75-79.

44. Меринов, А.В. Значение физических наказаний в детстве для формирования аутоагрессивной «траектории» потомства / А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Ю.А. Жукова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 1 (26). – С. 47-51.

45. Меринов, А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин / А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2012. – Т. 3, № 2. – С. 21-23.

46. Меринов, А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов. – Санкт-Петербург: Экспертные решения, 2017. – 192 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

47. Меринов, А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик / А.В. Меринов. – Текст (визуальный) : непосредственный / Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 15-18.

48. Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д. Москаленко. – Москва : Пер Сэ, 2002. – 336 с. – Текст (визуальный): непосредственный.

49. Мягков, А.Ю. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы / А.Ю. Мягков, И.В. Журавлева, С.Л. Журавлева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Социологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 48-70.

50. Наумова, Я.А. Аутоагрессия как копинг-стратегия / Я.А. Наумова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Актуальные вопросы публичного права: сборник трудов конференции XVIII Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 31 октября – 01 ноября 2019 года). – Екатеринбург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный юридический университет», 2019. – С. 889-893.

51. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия, 1981-1998 годы / А.В. Немцов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2002. – №. 4. – С. 53-60.

52. Немцов, А.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. / А.В. Немцов, К.В. Шелыгин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 3. – С. 3-12.

53. Обзор факторов, обуславливающих мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми / А.В. Копытов, Л.З. Ситько, А.Н. Савицкая [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1. – С. 69-80.

54. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением / С.В. Горбатов, Е.Н. Арбузова, А.В. Шаболтас [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 53-69.

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

56. Паровая, О.И. Гендерные различия суицидального поведения: способы, обстоятельства, особенности социально-экономического статуса и биографических данных / О.И. Паровая, Е.В. Ласый. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 2 (38). – С. 80-85.

57. Полкова, К.В. Суицидологическая оценка женщин, страдающих алкогольной зависимостью / К.В. Полкова, Н.Л. Меринов, А.С. Новичкова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Девиантология. – 2019. – Т. 3, № 2. – С. 20-26.

58. Полкова, К.В. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя / К.В. Полкова, А.В. Меринов, А.Е. Старостенко. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 88-102.

59. Положий, Б.С. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике / Б.С. Положий, В.В. Васильев, Ю.Г. Каменщиков. –

Текст (визуальный) : непосредственный // Академический журнал Западной Сибири. – 2021. – Т. 17, №1. – С. 5-14.

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

61. Польская, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» / Польская Наталия Анатольевна. – Санкт-Петербург, 2017. – 423 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

62. Пономарева, М.С. Злоупотребление алкоголем молодыми людьми как угроза национальной безопасности России / М.С. Пономарева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2013. – Т. 9, № 7 (196). – С. 52-63.

63. Портнов, А.А. Дополнительные клинические признаки начала алкоголизма (о продроме болезни) / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Текст (визуальный) : непосредственный // 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. – Москва, 1980. – Т. 2. – С. 234-237.

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

65. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е. Разводовский. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2004. – Т. 104, № 2. – С. 48-52.

66. Разводовский, Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси / Ю.Е. Разводовский. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2008. – №. 6. – С. 67-72.

67. Разводовский, Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси / Ю.Е. Разводовский. – Текст (визуальный) : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 12-17.

68. Разуваева, Т.Н. Диагностика личности / Т.Н. Разуваева. – Шадринск: Исеть, 1993. – 26 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

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

70. Руженков, В.А. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» / В.А. Руженков, Г.А. Лобов, А.В. Боева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Научно-медицинский вестник центрального черноземья. – 2008. – №. 32. – С. 20-24.

71. Сахаров, А.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 35-46.

72. Семейная психотерапия созависимых родственников больных алкоголизмом с учетом данных семейно-генетического анализа и индивидуально-психологической диагностики: результаты и оценка эффективности / А.И. Мандель, Е.В. Гуткевич, А.Г. Пешковская [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – № 1 (98). – С. 81-88.

73. Смирнова, Е.Ю. Алкоголь и самоубийства: проблема взаимосвязи / Е.Ю. Смирнова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Ивановского государственного энергетического университета. – 2008. – №. 1. – С. 37-39.

74. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2003. – 425 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

75. Соколова, Е.Т. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс / Е.Т. Соколова, Ю.А. Сотникова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103-115.

76. Сомкина, О.Ю. Отличительные особенности наркологической характеристики женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте аутоагрессивного поведения / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 4. – С. 78-83.

77. Сомкина, О.Ю. Суицидологические аспекты женского алкоголизма / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 3. – С. 53-58.

78. Сосин, И.К. Социально-демографические и клинико-психопатологические показатели снижения качества жизни при алкогольной депрессии / И.К. Сосин, С.О. Гримблат, Д.В. Сайков. – Текст (визуальный) : непосредственный // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2023. – №. 4 (14). – С. 23-29.

79. Сочетание алкогольной зависимости и депрессивных расстройств / А.Е. Николишин, А.Г. Гофман, Т.И. Немкова [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2015. – № 5. – С. 66-78.

80. Степанченко, О. Ю. Психическая ригидность и тревожность как индивидуальные факторы суицидального риска: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : специальность 19.00.07 «Педагогическая психология» / Степанченко Ольга Юрьевна. – Томск, 1999. – 192 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

81. Стрельчук, И.В. О предболезненной и начальной стадии хронического алкоголизма / И.В. Стрельчук. – Текст (визуальный) : непосредственный // 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров: труды. – Москва, 1980. – С. 274-277.

82. Стрельчук, И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И.В. Стрельчук. – Москва: Медицина, 1973. – 384 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

83. Стрижев, В.А. Табакокурение и употребление алкоголя в студенческой среде / В.А. Стрижев, А.И. Ястребова. – Текст (визуальный) :

непосредственный // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 47-48.

84. Суицидологическая характеристика молодых женщин с опасным потреблением алкоголя / К.В. Полкова, А.В. Меринов, Е.В. Комаров [и др.]. – Текст (визуальный) : непосредственный // Суицидология. – 2022. – Т. 13, № 4 (49). – С. 38-57.

85. Тарабарина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабарина. – Санкт-Петербург: Piter, 2001. – 268 с.– Текст (визуальный) : непосредственный.

86. Тукаев, Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы / Р.Д. Тукаев. – Текст (визуальный) : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 151-163.

87. Уманская, П.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом: отношение врачей-наркологов / П.С. Уманская. – Текст (визуальный) : непосредственный // Академический журнал Западной Сибири. – 2016. – Т. 12, № 5. – С. 58-60.

88. Фисик, М.В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.06 / Фисик Марина Васильевна. – Томск, 2002. – 411 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

89. Фоломкин, И.М. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью / И.М. Фоломкин. – Текст (визуальный): непосредственный // Научный аспект. – 2021. – Т. 5, № 2. – С. 588-592.

90. Халдрымянц, А.С. Гендерный аспект в проблеме подросткового селфхарма / А.С. Халдрымянц. – Текст (визуальный) : непосредственный // Гендерный калейдоскоп - 2019 : сборник научных статей, Ростов-на-Дону, 06

декабря 2019 года / под редакцией Л.А. Савченко. – Ростов-на-Дону: ООО «Фонд науки и образования», 2020. – С. 185-189.

91. Хлусов, И.И. Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп / И.И. Хлусов. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37. – С. 50-55.

92. Хритинин, Д.Ф. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов / Д.Ф. Хритинин, А.Н. Паршин, Д.В. Самохин. – Текст (визуальный): непосредственный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 71-75.

93. Черепанова, М.И. Аутоагрессивное поведение молодежи: междисциплинарный анализ / М.И. Черепанова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №2. – С. 353-355.

94. Чубаровский, В.В. Особенности динамики эпидемиологических показателей ранней алкоголизации у лиц подросткового возраста, по данным наблюдационного клинико-эпидемиологического и ретроспективного исследования, и их роль в организации психопрофилактики / В.В. Чубаровский, С.В. Катенко. – Текст (визуальный) : непосредственный// Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 51.

95. Чухрова, М.Г. Особенности самовосприятия и детско-родительских отношений у девушек-подростков с самоповреждающим поведением / М.Г. Чухрова, О.А. Абрикосова. – Текст (визуальный) : непосредственный // Развитие человека в современном мире. – 2020. – № 2. – С. 30-41.

96. Чхиквадзе, Т.В. Особенности копинга и механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью / Т.В. Чхиквадзе, Е.Н. Беляева. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2018. – Т. 15, № 1. – С. 94-108.

97. Шарок, В.В. Гендерные различия в склонности к рискованному

поведению, связанному со здоровьем / В.В. Шарок. – Текст (визуальный) : непосредственный // Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы. – 2015. – С. 250.

98. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства / Р. Шейдер // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера; пер. с англ. – Текст : электронный. – Москва: Практика, 1998. – URL: http://www.xenoid.ru/materials/materials_psy/psy-book17.php

99. Шустов, Д.И. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме / Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик. – Текст (визуальный) : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2001. – № 4. – С. 32-46.

100. Шустов, Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук : специальность 14.01.06 «Психиатрия» / Шустов Дмитрий Иванович. – Москва, 2000. – 382 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

101. Шустов, Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия / Д.И. Шустов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – 207 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

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

103. Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма / Г.М. Энтин. – Москва: Медицина, 1990. – 416 с. – Текст (визуальный) : непосредственный.

104. A four year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior / V. Montemarano, T. Troister, C.E. Lambert [et al.]. – Text : visual // Journal of clinical psychology. – 2018. – Vol. 74, N 10. – P. 1820-1832.

105. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt / G. Borges, C. L. Bagge, C.J. Cherpitel [et al.]. – Text : visual // Psychological medicine. – 2017. – Vol.47, N5. – P. 949-957.

106. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) / J.P. Allen, R.Z. Litten, J.B. Fertig [et al.]. – Text : visual // *Alcoholism: clinical and experimental research*. – 1997. – Vol.21, N4. – P. 613-619.
107. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England / J. Kidger, J. Heron, G. Lewis [et al.]. – Text : visual // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 69.
108. Alcohol and suicide-Portuguese experience / O.J. Skog, Z. Teixeira, J. Barrias [et al.]. – Text : visual // *Addiction*. – 1995. – Vol. 90. – P. 1053-1061.
109. Alcohol and the Risk of Railway Suicide / D. Lasota, A. Al-Wathinani, P. Krajewski [et al.]. – Text : visual // *International journal of environmental research and public health*. – 2020. – Vol. 17, N 19. – P. 1-10.
110. Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review / M.P. Davoren, J. Demant, F. Shiely [et al.]. – Text : visual // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 16. – P. 1-13.
111. Alcohol consumption and behavioral consequences in Romanian medical university students / B.A. Nasui, M. Popa, A.D. Buzoianu. – Text : visual // *International journal of environmental research and public health*. – 2021. – Vol. 18, N 14. – P. 1-14.
112. Alcohol intake in relation to suicidal ideation and behavior among university students / W. Coryell, A. Horwitz, R. Albucher [et al.]. – Text : visual // *Journal of American college health*. – 2023. – Vol. 71, N 6. – P. 1680-1684.
113. Alcohol use among NTNU students 2007-19 / M. Hernholm, V. Kristiansen, M. Simpson [et al.]. – Text : visual // *Tidsskr Nor Laegeforen*. – 2023. – Vol. 143, N 18. – P. 1-14.
114. Alcohol-related problems among college and university students in Norway: extent of the problem / O. Heradstveit, J.C. Skogen, G.S. Brunborg [et al.]. – Text : visual // *Scand J Public Health*. – 2021. – Vol. 49, N 4. – P. 402-410.
115. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis / N. Darvishi, M. Farhadi, T. Haghtalab [et al.]. – Text : visual // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 13, N 4. – P. 303-316.

116. Alcohol's Effects on Health, Research-based information on drinking and its impact / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2024. – Text : electronic. – URL: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

117. Babor, T.F. USAUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test, adapted for use in the United States: A guide for primary care practitioners / T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, K. Robaina. – Geneva: WHO, 2018. – 20 p. – Text : visual.

118. Berk, M.S. Editorial: Suicide prevention in youth / M.S. Berk. – Text : visual // Child Adolesc Ment Health. – 2022. – Vol. 27, N 4. – P. 325-327.

119. Borsari, B. Peer influences on college drinking: a review of the research / B. Borsari, K.B. Carey. – Text : visual // Journal of substance abuse. – 2001. – Vol. 13, N 4. – P. 391-424.

120. Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students / E.R. Jackson, T.D. Shanafelt, O. Hasan [et al.]. – Text : visual // Academic Medicine. – 2016. – Vol. 91, N 9. – P. 1251-1256.

121. Caces, F. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934-87 / F. Caces, T. Harford. – Text : visual // Journal of studies on alcohol. – 1998. – Vol. 59. – P. 455-461.

122. Cahalan, D. American Drinking Practices: a national study of drinking behavior and attitudes / D. Cahalan, I.H. Cisin, H.M. Crossley. – New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969. – 260 p. – Text : visual.

123. Capron, D.W. Positive drinking consequences among hazardous drinking college students / D.W. Capron, N.B. Schmidt. – Text : visual // Addictive behaviors. – 2012. – Vol. 37, N 5. – P. 663-667.

124. Ceylan-Isik, A. F. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication? / A.F. Ceylan-Isik, S.M. McBride, J. Ren. – Text : visual // Life sciences. – 2010. – Vol. 87, N 5-6. – P. 133-138.

125. Chamberlain, S.R. Associations between self-harm and distinct types of impulsivity / S.R. Chamberlain, S.A. Redden, J.E. Grant. – Text : visual // Psychiatry research. – 2017. – Vol. 250. – P. 10-16.

126. College students and adults ages 19–55 // Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2013 / L.D. Johnston, P.M. O'Malley, J.G. Bachman [et al.]. – Text : visual. – National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2014. – Vol. 2. – 446 p.

127. Context matters: Student-perceived binge drinking norms at faculty-level relate to binge drinking behavior in higher education / D.J. Van, A. Hublet, B. De Clercq [et al.]. – Text : visual // Addictive behaviors. – 2016. – Vol. 59. – P. 89-94.

128. Cox, W.M. A motivational model of alcohol use / W.M. Cox, E. Klinger. – Text : visual // Journal of Abnormal Psychology. – 1988. – Vol. 97, N 2. – P. 168–180.

129. Death by suicide among Canadian medical students: a national survey-based study / R. Zivanovic, J.Mc. Millan, C. Lovato [et al.]. – Text: visual // Can J Psychiatry. – 2018. – Vol. 63, N 3. – P. 178-181.

130. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire / D.P. Bernstein, J.A. Stein, M.D. Newcomb [et al.]. – Text : visual // Child Abuse and Neglect. – 2003. – Vol. 27. – P. 169–190.

131. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor [et al.]. – Text : visual // Addiction. – 1993. – Vol. 88, N 6. – P. 791-804.

132. Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims / G.L. Roberts, J.M. Lawrence, B.I. O'Toole. – Text : visual // Gen Hosp Psychiatry. – 1997. – Vol. 27, N 1. – P. 5-11.

133. Drinking like an adult? Trajectories of alcohol use patterns before and after college graduation / A.M. Arria, K.M. Caldeira, H.K. Allen [et al.]. – Text : visual // Alcoholism: clinical and experimental research. – 2016. – Vol. 40, N 3. –P. 583-590.

134. El Ansari, W. Multi-substance use behaviors: Prevalence and correlates of alcohol, tobacco and other drug (ATOD) use among university students in Finland / W. El Ansari, A. Salam. – Text : visual // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, N 12. – P. 1-14.

135. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students / M. Herrero-Montes, C. Alonso-Blanco, M. Paz-Zulueta [et al.]. – Text : visual // PeerJ. – 2022. – Vol. 10, N 4. – P. 1-16.
136. Fleming, M.F. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample / M.F. Fleming, K.L. Barry, R. Macdonald. – Text : visual // International Journal of the Addictions. – 1991. – Vol. 26, N 11. – P. 1173-1185.
137. Garlow, S.J. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide / S.J. Garlow. – Text : visual // Am J Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, N 4. – P. 615-619.
138. Gavurova, B. Alcohol Use Disorders among Slovak and Czech University Students: A Closer Look at Tobacco Use, Cannabis Use and Socio-Demographic Characteristics / B. Gavurova, V. Ivankova, M. Rigelsky. – Text : visual // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, N 21. – P. 1-16.
139. Gender and personality in alcoholism / H.G. Weijers, G.A. Wiesbeck, N. Wodarz [et al.]. – Text : visual // Archives of women's mental health. – 2003. – Vol. 6. – P. 245-252.
140. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder / A. Tadic, S. Wagner, J. Hoch [et al.]. – Text : visual // Psychopathology. – 2009. – Vol. 42, N 4. – P. 257-263.
141. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder / M.A. Frye, L.L. Altshuler, S.L. McElroy [et al.]. – Text : visual // American Journal of psychiatry. – 2003. – Vol. 160, N 5. – P. 883-889.
142. Gender-specific risk relationship between heavy alcohol use/alcohol use disorders and suicidal thoughts and behavior among adults in the United States over time / S. Lange, H. Jiang, C. Bagge [et al.]. – Text : visual // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2022. – Vol. 57, N 4. – P. 721-726.
143. Gruenewald, P.J. Suicide rates and alcohol consumption in the United States, 1970–89 / P.J. Gruenewald, W.R. Ponicki, P.R. Mitchell. – Text : visual // Addiction. – 1995. – Vol. 90. – P. 1063–1075.

144. Hingson, R.W. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24, 1998-2005 / R.W. Hingson, W. Zha, E.R. Weitzman. – Text : visual // Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement. – 2009. – Vol. 16. – P. 12-20.
145. Inskip, H. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia / H. Inskip, C. Harris, B. Barraclough. – Text : visual // The British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172, N. 1. – P. 35-37.
146. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) / WHO, 2024. – Text : electronic. – URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>.
147. Kim, Y.J. Sex Differences in Suicidal Ideation: Mediating Effects of Alcohol Abuse/Dependence on Suicidal Ideation through Psychological Distress and Hopelessness / Y.J. Kim, V. Burlaka, S. Yoon. – Text : visual // Health Soc Work. – 2023. – Vol. 48, N 3. – P. 179-187.
148. Kraepelin, E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / E. Kraepelin. – Leipzig: Barth, 1910. – 684 s. – Text : visual.
149. Late life alcohol use and gender differences among Former Soviet Union immigrants / R. Isralowitz, S. Spiegel, A. Reznik [et al.]. – Text : visual // Journal of ethnicity in substance abuse. – 2009. – Vol. 8, N 2. – P. 201-205.
150. Lexicon of alcohol and drug terms / World Health Organization, 1994. – Text : electronic. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>.
151. Madsen, J. Negative self-appraisal: Personal reasons for dying as indicators of suicidality / J. Madsen, K.M. Harris. – Text : visual // PLoS One. – 2021. – Vol. 16, N 2. – P. 1-15.
152. Mäkinen, I. Eastern Europe transition and suicide mortality / I. Mäkinen. – Text : visual // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51. – P. 1405-1420.
153. Mann, J.J. Neurobiology of suicidal behavior / J.J. Mann. – Text : visual // Nature Reviews Neuroscience. – 2003. – Vol. 4, N 10. – P. 819-828.
154. McHugh, R.K. Alcohol use disorder and depressive disorders / R.K. McHugh, R.D. Weiss. – Text : visual // Alcohol research: current reviews. – 2019. – Vol. 40, N 1. – P. 1-8.

155. Melaku, L. Stress among medical students and its association with substance use and academic performance / L. Melaku, A. Mossie, A. Negash. – Text : visual // *J Biomed Educ.* – 2015. – Vol. 4. – P. 1-9.

156. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? / L. Kriston, L. Holzel, A. Weiser [et al.]. – Text : visual // *Annals of internal medicine.* – 2008. – Vol. 149. – P. 879-888.

157. Morgan, H.G. The urban distribution of non-fatal deliberate self-harm / H.G. Morgan, H. Pocock, S. Pottle. – Text : visual // *British Journ of Psychiatry.* – 1975. – Vol. 126. – P. 319-328.

158. Murphy, G.E. The lifetime risk of suicide in alcoholism / G.E. Murphy, R.D. Wetzel. – Text : visual // *Archives of general psychiatry.* – 1990. – Vol. 47, N 4. – P. 383-392.

159. Nasui, B.A. Drinking patterns and behavioral consequences: a cross-sectional study among Romanian university students / B.A. Nasui, M. Popa, C.A. Popescu. – Text : visual // *Slovenian Journal of Public Health.* – 2016. – Vol. 55, N 1. – P. 59-66.

160. Norström, T. Alcohol and suicide in Scandinavia / T. Norström. – Text : visual // *British Journal of Addiction.* – 1988. – Vol. 83. – P. 553–559.

161. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression / J.R. Cornelius, I.M. Salloum, N.L. Day [et al.]. – Text : visual // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 1996. – Vol. 20, N 8. – P. 1451-1455.

162. Pompili, M. Suicide Prevention in the European Region / M. Pompili, R.C. O'Connor, K. van Heeringen. – Text : visual // *Crisis.* – 2020. – Vol. 41, N 1. – P. 8-20.

163. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies / X. Li, F. Mu, D. Liu [et al.]. – Text : visual // *J Affect Disord.* – 2022. – Vol. 302. – P. 332-351.

164. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on

Alcohol and Related Conditions / B.F. Grant, F.S. Stinson, D.A. Dawson [et al.]. – Text : visual // Arch Gen Psychiatry. – 2004. – Vol. 61, N 8. – P. 807-816.

165. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years / M. Zygo, B. Pawłowska, E. Potemska [et al.]. – Text : visual // Annals of agricultural and environmental medicine. – 2019. – Vol. 26, N 2. – P. 329-336.

166. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis / L.S. Rotenstein, M.A. Ramos, M. Torre [et al.]. – Text : visual // Jama. – 2016. – Vol. 316, N 21. – P. 2214-2236.

167. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization / K. Appleyard, L.J. Berlin, K.D. Rosanbalm [et al.]. – Text : visual // Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research. – 2011. – Vol. 12, N 2. – P. 139–149.

168. Preventing suicide: A global imperative / World Health Organization, 2014. – Text : electronic. – URL: Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/?sequence=1>.

169. Psychosocial correlates of hazardous alcohol use among undergraduates in southwestern Nigeria / O. Abayomi, P.O. Onifade, A.O. Adelufosi [et al.]. – Text : visual // General hospital psychiatry. – 2013. – Vol. 35, N 3. – P. 320-324.

170. Risk factors associated with suicide attempt as predictors of suicide, Colombia, 2016-2017 / L.S. Castro Moreno, L.F. Fuertes Valencia, O.E. Pacheco García [et al.]. – Text : visual // Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). – 2023. – Vol. 52, N 3. – P. 176-184.

171. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study / E. Murphy, N. Kapur, R. Webb [et al.]. – Text : visual // The British Journal of Psychiatry. – 2012. – Vol. 200, N 5. – P. 399-404.

172. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis / A. de la Torre-Luque, A. Pemau, W. Ayad-Ahmed [et al.]. – Text : visual // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2023. – Vol. 81. – P. 51-56.

173. Room, Robin M.A. Evaluating the effect of drinking laws on drinking / Robin M.A. Room // *Drinking: Alcohol in American Society – Issues and current research* / eds.: J. Ewing, B. Rouse. – Chicago: Nelson-Hall, 1978. – Ch. 15. — P. 267-289; 414-419. Text : visual.

174. Rossow, I. Suicide, alcohol and divorce: aspects of gender and family integration / I. Rossow. – Text : visual // *Addiction*. – 1992. – Vol. 88. – P. 1659-1665.

175. Sanchez, A. The role of resilience in alcohol use, drinking motives, and alcohol-related consequences among Hispanic college students / A. Sanchez, M. Gainza Perez, C. A. Field. – Text : visual // *Am J Drug Alcohol Abuse*. – 2022. – Vol. 48, N 1. – P. 100-109.

176. Saunders, J.B. Alcohol use disorders in ICD-11: Past, present, and future / J.B. Saunders, L. Degenhardt, G. M. Reed. – Text : visual // *Alcoholism: Clinical and experimental research*. – 2019. – Vol. 43, N 8. – P. 1617-1631.

177. Schmidtke, A. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide / A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. DeLeo. – Text : visual // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1996. – Vol. 93, N 5. – P. 327-338.

178. Schneider, B. Substance use disorders and risk for completed suicide / B. Schneider. – Text: visual // *Archives of suicide research*. – 2009. – Vol. 13. – P. 303–316.

179. Scourfield, J. Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights / J. Scourfield, R. Evans. – Text : visual // *American journal of men's health*. – 2015. – Vol. 9, N 5. – P. 380-384.

180. Screening for alcohol use disorders in college student drinkers with the AUDIT and the USAUDIT: a receiver operating characteristic curve analysis / M.C.

Villarosa-Hurlocker, J.W. Schutts, M.B. Madson [et al.]. – Text : visual // The American journal of drug and alcohol abuse. – 2020. – Vol. 46, N 5. – P. 531-545.

181. Sher, K.J. Heavy drinking across the transition to college: Predicting first-semester heavy drinking from precollege variables / K.J. Sher, P.C. Rutledge. – Text : visual // Addictive behaviors. – 2007. – T. 32, N. 4. – C. 819-835.

182. Sher, L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects / L. Sher. – Text : visual // The scientific world journal. – 2006. – Vol. 6. – P. 700-706.

183. Sher, L. Depression and alcoholism / L. Sher. – Text : visual // Qjm. – 2004. – Vol. 97, N 4. – P. 237-240.

184. Sher, L. Alcohol consumption and suicide / L. Sher. – Text : visual // QJM. – 2006. – Vol. 99. – P. 57-61.

185. Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial / G. Fischer, R. Brunner, P. Parzer [et al.]. – Text : visual // Trials. – 2013. – Vol. 14. – P. 1-7.

186. Smith, G.S. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: a metaanalysis / G.S. Smith, C.C. Branas, T.R. Miller. – Text : visual // Annals of emergency medicine. – 1999. – Vol. 33, N 6. – P. 659-668.

187. Soloff, P.H. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder / P.H. Soloff, K.G. Lynch, T.M. Kelly. – Text : visual // Journal of personality disorders. – 2002. – Vol. 16, N 3. – P. 201-214.

188. Stickley, A. Alcohol and suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time? / A. Stickley, T. Jukkala, T. Norström. – Text : visual // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2011. – Vol. 72, N 2. – P. 341-347.

189. Stickley, A. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002 / A. Stickley, M. Leinsalu, E. Andreev. – Text : visual // European journal of public health. – 2007. – Vol. 17, N 5. – P. 444-449.

190. Stone, M.H. Paradoxes in the management of suicidality in borderline patients / M.H. Stone. – Text : visual // Am J Psychother. – 1993. – Vol. 472. – P. 255-72.

191. Suicidal thoughts and behaviours among adults aged ≥ 18 years — United States, 2008-2009 / A. Crosby, B. Han, L. Ortega [et al.]. – Text : visual // US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. – 2011. – Vol. 60. – P. 1-22.
192. Suicide – an unnecessary death / ed. by D. Wasserman. – London, UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p. – Text : visual.
193. Suicide and suicidal behavior / M.K. Nock, G. Borges, E.J. Bromet [et al.]. – Text : visual // Epidemiologic reviews. – 2008. – Vol. 30, N 1. – P. 33-54.
194. Suicide attempts in Morocco: A systematic review / A. Abderrahmane, A. Kharbach, H. Azzine [et al.]. – Text : visual // Rev Epidemiol Sante Publique. – 2022. – Vol. 70, N 5. – P. 243-251.
195. Suicide Prevention on College Campuses: What Works and What Are the Existing Gaps? A Systematic Review and Meta-Analysis / K. Wolitzky-taylor, R.T. Lebeau, M. Perez [et al.]. – Text : visual // Journal of American College Health. – 2020. – Vol. 68, N 4. – P. 33-54.
196. Suicide worldwide in 2019: global health estimates / World Health Organization, 2021. – Text : electronic. – URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.
197. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care. Second Edition / T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders [et al.]. – World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. – 40 p. – Text : visual.
198. The association between alcohol use disorder and suicidal ideation in a New Zealand birth cohort / R. Crossin, L. Cleland, G.F. McLeod [et al.]. – Text : visual // Aust N Z J Psychiatry. – 2022. – Vol. 56, N 12. – P. 1576-1586.
199. The gender paradox: understanding the role of masculinity in suicidal ideation / L. Griffin, W. Hosking, P.R. Gill [et al.]. – Text : visual // American journal of men's health. – 2022. – Vol. 16, N 5. – P. 1-12.

200. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism / L. Sher, M.A. Oquendo, H.C. Galfalvy [et al.]. – Text : visual // Addictive behaviors. – 2005. – Vol. 30, N 6. – P. 1144-1153.

201. Tosevski, D.L. Personality and psychopathology of university students / D.L. Tosevski, M.P. Milovancevic, S.D. Gajic. – Text : visual // Current opinion in psychiatry. – 2010. – Vol. 23, N 1. – P. 48-52.

202. University students presenting for psychiatric emergency services: socio-demographic and clinical factors related to service utilization and suicide risk / V. Hong, D.R. Busby, S. O'Chel [et al.]. – Text : visual // Journal of American College Health. – 2022. – Vol. 70, N 3. – P. 773-782.

203. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population / D.P. Bernstein, T. Ahluvalia, D. Pogge [et al.]. – Text : visual // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36. – P. 340-348.

204. Weissman, M.M. Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community / M.M. Weissman, J.K. Myers, P.S. Harding. – Text : visual // Journal of studies on alcohol. – 1980. – Vol. 41, N 7. – P. 672-681.

205. Who attempts suicide among medical students? / G. Marcon, G. Massaro, P. Ballester [et al.]. – Text : visual // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2020. – Vol. 141, N 3. – P. 254-264.

206. Wright, E.R. Alcoholism (A need for diagnostic classification) / E.R. Wright, A.O. Hecker. – Text : visual // Diseases of the Nervous System. – 1966. – Vol. 27, N 4. – P. 245-248.

207. Yoo, H.H. Patterns of Alcohol Consumption and Drinking Motives Among Korean Medical Students / H.H. Yoo, S.W. Cha, S.Y. Lee. – Text : visual // Med Sci Monit. – 2020. – Vol. 26. – P. 1-9.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 1 – Расположение модели опасного употребления алкоголя относительно всего спектра употребления алкоголя	29
Таблица 3.1.1 – Суицидологический профиль обучающихся в вузе мужчин, имеющих паттерн опасного употребления алкоголя	39
Рисунок 2 – Распространенность суицидальных мыслей в последние два года в контрольной и исследуемой группах мужчин	40
Рисунок 3 – Распространенность суицидальных попыток в последние два года в контрольной и исследуемой группах мужчин	40
Таблица 3.1.2 – Статистически значимые отличия, обнаруженные относительно несуйцидальных аутоагрессивных паттернов среди обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя	42
Таблица 3.1.3 – Наркологические особенности аутоагрессивного поведения обучающихся в вузе мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя	44
Рисунок 4 – Распространенность субъективного ощущения злоупотребления алкоголем в последние два года среди мужчин исследуемой и контрольной групп	44
Таблица 3.1.4 – Статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессивного поведения в сравниваемых группах мужчин	46
Таблица 3.1.5 – Данные опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой в исследуемой и контрольной группах мужчин	50
Таблица 3.2.1 – Представленность классических суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения в группах обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и без него.....	52
Таблица 3.2.2 – Представленность несуйцидальных аутоагрессивных паттернов аутоагрессивного поведения в исследуемой и контрольной группах обучающихся в вузе женщин	53

Таблица 3.2.3 – Предикторы аутоагрессивного поведения у обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и в группе контроля	57
Таблица 3.2.4 – Данные по результатам прохождения опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой в группе обучающихся в вузе женщин с паттерном опасного употребления алкоголя и контрольной группе.....	59
Таблица 3.3.1 – Гендерные особенности классических суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	60
Таблица 3.3.2 – Представленность классических суицидальных паттернов в контрольных группах обучающихся в вузе мужчин и женщин.....	62
Таблица 3.3.3 – Сравнение представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов у обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя	63
Рисунок 5 – Распространенность субъективного ощущения злоупотребления алкоголем среди групп обучающихся в вузе женщин и мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	65
Таблица 3.3.4 – Представленность некоторых предикторов аутоагрессивного поведения в исследуемых группах женщин и мужчин с паттерном опасного употребления алкоголя	66
Таблица 3.4.1 – Данные краткой версии опросника детских травмирующих переживаний (Childhood Trauma Questionnaire: Short Form, CTQ-SF) в исследуемых группах мужчин и женщин.....	69
Таблица 3.4.2 – Результаты ответов на тест Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой в группах обучающихся в вузе мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	70
Таблица 3.4.3 – Данные теста диагностики психологических защитных механизмов (Life Style Index) в группах мужчин и женщин с паттерном опасного употребления алкоголя.....	71

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем

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

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

44. Вы не видите в последние два года в этой жизни никакого смысла? Ранее двух лет?
45. Считаете ли Вы себя больше праведником, чем грешником?
46. Мучаетесь ли Вы в последние два года частыми угрызениями совести? Ранее двух лет?
47. Ваша семейная жизнь по большому счёту удалась?
48. Вас полностью устраивает ваша специальность и работа?
49. Вы потеряли работу в последние два года? Ранее двух лет?
50. Верите ли Вы, что будете жить после смерти?
51. Часто ли Вас обворовывали в последние два года? Ранее двух лет?
52. Были ли у Вас в последние два года случаи ожогов во сне о батарею, сигарету? Ранее двух лет?
53. Были ли у Вас серьёзные бытовые ожоги в последние два года? Ранее двух лет?
54. Судимы ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
55. Могли бы Вы нарушить общественные нормы морали и нравственности в последние два года? Ранее двух лет?
56. Вы хотели бы обратиться за помощью к психиатру в последние два года? Ранее двух лет?
57. Агрессивны ли Вы в последние два года? Ранее двух лет?
58. Вы легко делитесь своими проблемами с окружающими, не боясь их осуждения?
59. Вы предпочитаете свои неудачи «держать в себе»?
60. В случившихся неудачах Вы склонны винить больше себя?
61. В случившихся неудачах Вы склонны винить обстоятельства и других людей?
62. Я верю, что длительное терпение обязательно будет вознаграждено.
63. Алкогольный семейный анамнез – наличие алкогольной зависимости у ближайших родственников.

Приложение Б

Текст теста RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
Никогда	Раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4 раза в неделю и чаще
2. Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?				
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 и более СП
3. Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24-х часов?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно
5. Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, чего от Вас обычно ожидалось?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно
6. Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно
7. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно

8. Как часто за последние 12 месяцев Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?				
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесяч но	Еженедель но	Ежедневно или почти ежедневно
9. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?				
Никогда	Да, более 12 месяцев назад		Да, в течение последних 12 месяцев	
10. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
Никогда	Да, более 12 месяцев назад		Да, в течение последних 12 месяцев	

Приложение В

Текст опросника суицидального риска (ОСР) в модификации Т.Н. Разуваевой

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённно не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во чтобы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Приложение Г

Текст теста жизнестойкости Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой

1. Я часто не уверен в собственных решениях.
2. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела.
3. Часто, даже хорошо выспавшись, я с трудом заставляю себя встать с постели.
4. Я постоянно занят, и мне это нравится.
5. Часто я предпочитаю «плыть по течению».
6. Я меняю свои планы в зависимости от обстоятельств.
7. Меня раздражают события, из-за которых я вынужден менять свой распорядок дня.
8. Непредвиденные трудности порой сильно утомляют меня.
9. Я всегда контролирую ситуацию настолько, насколько это необходимо.
10. Порой я так устаю, что уже ничто не может заинтересовать меня.
11. Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным.
12. Я стараюсь быть в курсе всего происходящего вокруг меня.
13. Лучше синица в руках, чем журавль в небе.
14. Вечером я часто чувствую себя совершенно разбитым.
15. Я предпочитаю ставить перед собой труднодостижимые цели и добиваться их.
16. Иногда меня пугают мысли о будущем.
17. Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал.
18. Мне кажется, я не живу полной жизнью, а только играю роль.
19. Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете.
20. Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми.
21. Испытав поражение, я буду пытаться взять реванш.
22. Я люблю знакомиться с новыми людьми.
23. Когда кто-нибудь жалуется, что жизнь скучна, это значит, что он просто не умеет видеть интересное.
24. Мне всегда есть чем заняться.
25. Я всегда могу повлиять на результат того, что происходит вокруг.
26. Я часто сожалею о том, что уже сделано.
27. Если проблема требует больших усилий, я предпочитаю отложить ее до лучших времен.
28. Мне трудно сблизиться с другими людьми.
29. Как правило, окружающие слушают меня внимательно.
30. Если бы я мог, я многое изменил бы в прошлом.
31. Я довольно часто откладываю на завтра то, что трудно осуществимо, или то, в чем я не уверен.
32. Мне кажется, жизнь проходит мимо меня.

33. Мои мечты редко сбываются.
34. Неожиданности дарят мне интерес к жизни.
35. Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны.
36. Порой я мечтаю о спокойной размеренной жизни.
37. Мне не хватает упорства закончить начатое.
38. Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной.
39. У меня нет возможности влиять на неожиданные проблемы.
40. Окружающие меня недооценивают.
41. Как правило, я работаю с удовольствием.
42. Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей.
43. Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются.
44. Друзья уважают меня за упорство и непреклонность.
45. Я охотно берусь воплощать новые идеи.

Приложение Д

Текст опросника Плутчика-Келлермана-Конте

1. Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего-нибудь, то никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем приходить в ярость.
18. Я много болею.
19. Я меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальность, то очень смущаюсь.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28. Я свободен от предрассудков.
29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, то планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32. Порнография отвратительна.
33. Когда я чем-нибудь расстроен, то много ем.
34. Люди мне никогда не надоедают.
35. Многое из своего детства я не могу вспомнить.

36.Когда я собираюсь в отпуск, то обычно беру с собой работу.
37.В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38.В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39.Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому, вызывает у меня отвращение.
40.Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю ему это, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-нибудь другому.
41.Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42.Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43.Я никогда не волнуюсь, когда слышу о какой-либо трагедии.
44.В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45.Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46.Беспорядочность отвратительна.
47.Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48.Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49.Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
50.У меня портится настроение и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимания.
51.Люди говорят мне, что я всему верю.
52.Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53.Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54.Мне кажется, я много спорю с людьми.
55.Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
56.Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57.Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58.Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59.Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
60.Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61.То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
62.Я очень редко испытываю чувство привязанности.
63.Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64.Я многое коллекционирую.
65.Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66.Звуки детского плача не беспокоят меня.
67.Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68.Я всегда оптимистичен.
69.Я много лгу.

70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
78. Когда у меня неудача, я не могу скрыть плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже, неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Когда-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не смог закончить ничего из того, что начал.
89. Когда слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю больше, чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

Приложение Е

Текст опросника детских травмирующих переживаний (краткая версия) –
Childhood Trauma Questionnaire: Short form (CTQ -SF)

Когда я рос ...	Никогда не было	Такого никогда не было	Иногда было так	Периодически это было так	Часто это было так	Очень часто это было так
1. Мне не хватало еды.						
2. Я знал, что обо мне есть кому позаботиться, что меня кто-то защищает.						
3. Кто-то из членов моей семьи называл меня глупым, ленивым, уродливым или другими подобными словами.						
4. Мои родители не могли заботиться о семье из-за того, что были слишком пьяны или в состоянии наркотического опьянения.						
5. В семье был человек, благодаря которому я чувствовал, что я нужен и я особенный.						
6. Мне приходилось ходить в грязной одежде.						
7. Я чувствовал, что меня любят.						
8. Мне казалось, что мои родители жалеют, что я появился на свет.						
9. Кто-то из членов семьи так сильно бил меня, что мне приходилось из-за этого обращаться к врачу или меня госпитализировали.						
10. Мне ничего не хотелось поменять в своей семье.						
11. В семье меня били так сильно, что это оставляло синяки и следы.						
12. В качестве наказания меня били ремнем, палкой, шнуром или другими травмирующими предметами.						
13. Члены моей семьи заботились друг о друге.						
14. Члены моей семьи говорили мне обидные или оскорбительные вещи.						
15. Я думаю, что подвергался физическому насилию.						
16. У меня было идеальное детство.						
17. Меня били сильно, что это кто-то замечал, например, учитель, сосед или врач.						
18. Я чувствовал, что кто-то из членов моей семьи меня ненавидит.						
19. Люди в моей семье чувствовали близость друг к другу.						

20. Кто-нибудь пытался прикасаться ко мне с сексуальными намерениями, или другие люди пытались вынудить меня трогать таким образом их.					
21. Кто-то угрожал мне физической расправой или клеветой, если я откажусь совершать с ним действия сексуального характера.					
22. У меня была лучшая в мире семья.					
23. Кто-то пытался заставить меня смотреть или принимать участие в действиях сексуального характера.					
24. Я вынужден терпеть домогательства.					
25. Я думаю, что подвергся психологическому насилию.					
26. В случае необходимости меня было кому сводить к врачу.					
27. Я думаю, что подвергся сексуальному насилию.					
28. Для меня семья была опорой и поддержкой.					

Приложение Ж

Текст симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised)

Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте галочку в ячейке того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Варианты ответов: совсем нет, немного, умеренно, сильно, очень сильно.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:

1. Головные боли?
2. Нервозность или внутренняя дрожь?
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли?
4. Слабость или головокружения?
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия?
6. Чувство недовольства другими?
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями?
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие?
9. Проблемы с памятью?
10. Ваша небрежность или неряшливость?
11. Легко возникающая досада или раздражение ?
12. Боли в сердце или в грудной клетке?
13. Чувство страха в открытых местах или на улице?
14. Упадок сил или заторможенность?
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой?
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие?
17. Дрожь?
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять?
19. Плохой аппетит?
20. Слезливость?
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола?
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы?
23. Неожиданный и беспричинный страх?

24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать?
25. Боязнь выйти из дома одному?
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты?
27. Боли в пояснице?
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо?
29. Чувство одиночества?
30. Подавленное настроение, «хандра»?
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам?
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было?
33. Чувство страха?
34. То, что Ваши чувства легко задеть?
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли?
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам?
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь?
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки?
39. Сильное или учащенное сердцебиение?
40. Тошнота или расстройство желудка?
41. Ощущение, что Вы хуже других?
42. Боли в мышцах?
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас?
44. То, что Вам трудно заснуть?
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете?
46. Трудности в принятии решения?
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах?
48. Затруднённое дыхание?
49. Приступы жара или озноба?
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают?
51. То, что Вы легко теряете мысль?
52. Онемение или покалывание в различных частях тела?
53. Комок в горле?

54. Ощущение, что будущее безнадежно?
55. То, что Вам трудно сосредоточиться?
56. Ощущение слабости в различных частях тела?
57. Ощущение напряженности или взвинченности?
58. Тяжесть в конечностях?
59. Мысли о смерти?
60. Переедание?
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас?
62. То, что у Вас в голове чужие мысли?
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо?
64. Бессонница по утрам?
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д.?
66. Беспокойный и тревожный сон?
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь?
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие?
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими?
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)?
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий?
72. Приступы ужаса или паники?
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях?
74. То, что Вы часто вступаете в спор?
75. Нервозность, когда Вы остались одни?
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения?
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми?
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте?
79. Ощущение собственной никчемности?
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое?
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами?
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях?

83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите?
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли?
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи?
86. Кошмарные мысли или видения?
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке?
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому?
89. Чувство вины?
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное?