

АУТОАГРЕССИВНАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ

Д.И. ШУСТОВ*,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
dmitri_shustov@mail.ru

О.Д. ТУЧИНА**,
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва,
Россия, shtuchina@gmail.com

И.А. ФЕДОТОВ***,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
ifedotov@psychiatr.ru

С.А. НОВИКОВ****,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
novikovsa@inbox.ru

Для цитаты:

Шустов Д.И., Тучина О.Д., Федотов И.А., Новиков С.А. Аутоагрессивная алкогольная личность // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 89—109. doi: 10.17759/cpp.20162403006

* *Шустов Дмитрий Иванович*, доктор медицинских наук, профессор, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, dmitri_shustov@mail.ru

** *Тучина Ольга Дмитриевна*, ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия, shtuchina@gmail.com

*** *Федотов Илья Андреевич*, кандидат медицинских наук, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, ifedotov@psychiatr.ru

**** *Новиков Сергей Андреевич*, кандидат медицинских наук, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, novikovsa@inbox.ru

Приведены результаты исследования связи личностной типологии, формируемой под влиянием негативных родительских посланий (предписаний), с различными видами аутоагрессивного поведения у больных алкогольной зависимостью. Исследование проводилось в 2009—2012 гг. в Рязани среди 190 амбулаторных пациентов-мужчин, получавших психотерапевтическую помощь. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение, что выбор вида аутоагрессивного поведения связан со структурой личности пациентов с алкогольной зависимостью и зависит от комбинации различных родительских предписаний с предписанием «Не живи». Были описаны родительские предписания, играющие особую роль в формировании «алкогольной» личности. Главную роль играют два предписания: «Не живи», лежащее в основе аутоагрессии, и «Не думай», которое подталкивает к использованию алкоголизации как неадаптивной копинг-стратегии. Остальные предписания, комбинируясь с «Не живи», являются медиаторами в формировании личности и связанных с ней видов аутоагрессии. Для наиболее часто встречающихся типов личности у пациентов с алкогольной зависимостью выявлены статистически значимые корреляции с конкретными типами аутоагрессивного поведения: для пограничной — с суицидальным поведением, для диссоциальной — с аутоагрессией в виде антисоциального поведения, для нарциссической — с профессиональной аутоагрессией.

Ключевые слова: психотерапия, алкогольная зависимость, аутоагрессивное поведение, суицид.

Вопреки устоявшемуся в медицине мнению, что алкогольная зависимость (АЗ) — это хроническое неизлечимое психическое расстройство, ряд современных исследований свидетельствуют о разнообразии исходов АЗ. Лишь малое число лиц с клиническими симптомами АЗ обращаются за наркологической помощью [26]. Так, приблизительно 2/3 зависимых от алкоголя лиц самостоятельно избавляются от АЗ, переходя на контролируемое употребление или становясь вторичными абстинентами [15]. Суждения о первичной хронификации АЗ и ее неблагоприятном исходе были сделаны путем наблюдения за контингентом обращающихся за стационарной помощью «тяжелых» пациентов, имеющих разнообразную коморбидную патологию, тогда как на популяционном уровне ситуация оказалась совершенно иной [16].

Эрик Берн, американский психиатр и психотерапевт, создавший теорию и школу Трансакционного Анализа (ТА), еще в середине прошлого века подвергал сомнению медицинский пессимистический взгляд на АЗ, оправдывающий бездействие в терапии «неизлечимого заболевания», и предлагал абстрагироваться от «ярлыков и диагнозов» и заниматься анализом игры «Алкоголик». Берн также считал, что психологические игры представляют собой способ проживания сценария (или бессознательного плана жизни), основанного на детских решениях, принятых, как правило, бессознательно [2].

Развивая идеи Берна, Клод Штайнер описал «алкогольный» сценарий как курабельную альтернативу алкогольной болезни: «Подобно заболеваниям, сценарии имеют начало, течение и исход. Из-за этой схожести сценарии часто ошибочно принимают за болезни. Однако, поскольку в основе сценария лежит сознательное волевое решение, а не патологические изменения в организме, его можно отменить, или «аннулировать», аналогичным волевым решением. Таким образом, я убежден, что исцелившийся алкоголик (хотя нередко он и не делает такого выбора) способен вернуться к умеренному употреблению спиртного, а человек, вновь скатившийся к неконтролируемому пьянству после единственной выпитой рюмки, в сущности, просто не смог избавиться от своего сценария» [7, с. 17]. Таким образом, описанные в литературе частые случаи спонтанной ремиссии алкоголизма могут представлять собой не что иное, как случаи изменения алкогольного сценария в виде принятия нового решения о своей судьбе [11].

Почему же одни люди становятся способны избавиться от своего сценария, изменить некую предопределенность своей судьбы, а другие — нет? Если следовать логике современных исследований, которые оценивают соотношение средовых и наследственных факторов в генезе АЗ как 50% на 50%, можно предположить, что те же факторы будут отвечать и за течение ремиссий у зависимых от алкоголя пациентов [17]. В этом смысле выбор алкогольного сценария и его финала будет в большей степени определяться средовыми факторами, формируясь в процессе взаимодействия индивидуума с родительскими и другими значимыми фигурами из своего окружения. Детско-родительская коммуникация, которая становится основой для принятия индивидуумом решений о себе, мире и своей судьбе в нем, часто выглядит как восприятие ребенком родительского опыта, выраженного в виде так называемых родительских посланий. Эти послания могут быть позитивными и стимулировать развитие и переход к автономности, а могут отражать негативный родительский опыт, их собственные страхи, расщепленность, агрессивные и, в том числе, инфантицидные (детоубийственные) импульсы. Инкорпорация в психику негативных и даже патологических, иррациональных родительских посланий, как правило, передаваемых невербальными способами через практикуемые отношения, способы ухода и заботы, становится основой психопатологии. В терминах ТА такие негативные послания называют предписаниями. Выделяют 12 основных негативных («токсических») предписаний, лежащих в основе трагических сценариев жизни, которые заканчиваются смертью, тяжелой травмой, тюрьмой или сумасшествием [3]. Главным «алкогольным» предписанием Клод Штайнер считал предписание «Не думай», при котором употребление алкоголя помогает отстраняться от совладания со стрессовой ситуацией.

В ТА предполагается, что инкорпорированный набор предписаний определяет личностную адаптацию — или личностную структуру, ко-

торую составляет паттерн устойчивых, выраженных в пределах нормы характерологических черт, которым в крайних их проявлениях соответствуют симптомы личностных расстройств [33]. В русской научной традиции термину «личностная адаптация» соответствует понятие «акцентуация характера» [5]. В целом, можно сказать, что каждому человеку присущ определенный личностный радикал, отражающий тот или иной тип личности и выраженный на континууме от нормы (адаптация, акцентуация характера) до патологии (расстройства личности).

Существует множество исследований и теорий, демонстрирующих роль личности в генезе и течении АЗ. Хотя обоснованность использования термина «алкогольная личность» фактически так и не была установлена эмпирически, им достаточно часто оперируют в клинических кругах, как правило, характеризуя с его помощью пациентов, страдающих коморбидной патологией, а именно АЗ в сочетании с выраженными расстройствами личности (РЛ). В литературе приводятся данные о том, что распространенность коморбидных личностных расстройств у больных АЗ может достигать уровня 58—78% [13]. Таким образом, можно предположить, что набор предписаний определяет формирование личности больных алкоголизмом, течение болезни и возможные варианты ее исхода.

Исход сценария игры «Алкоголик» (в терминах ТА — «расплата») трагичен и, как правило, предполагает несвоевременную и неестественную смерть. В начале XX в. наблюдение, что алкоголики находятся в группе высокого риска суицида или иного самоповреждающего поведения, позволило Карлу Меннингеру назвать это заболевание видом «хронического суицида» [24]. В то же время, есть еще группы людей, которых, как правило, относят к пациентам с высоким суицидальным риском — например, люди с пограничным и антисоциальным РЛ [29]. Кроме того, с определенными типами личности связаны и особенности аутоагрессивного поведения [14; 20; 34].

Например, аутоагрессивное поведение алкоголиков не ограничивается только классическим суицидальным поведением. Так, в наших собственных исследованиях методом клинического анализа и сопоставления семантической значимости анамнестических, психологических и клинических признаков, которые статистически значимо ассоциировались с классическим суицидальным поведением клиентов с АЗ, мы выявили 6 групп, каждая из которых могла характеризовать какой-либо специфический вид алкогольной аутоагрессии [8; 9; 10]. Так, были выделены группы классической суицидальной; семейной; несуйцидальной соматической; профессиональной алкогольной аутоагрессии; алкогольной аутоагрессии, связанной с рискованным поведением, и алкогольной аутоагрессии, связанной с антисоциальным поведением. Мы также подробно изучили дополнительные характеристики этих групп и предположили, что выбор вида алкогольной аутоагрессии у алкоголиков определяется комбинацией

различных предписаний, отражающих ведущий личностный радикал, с основным аутоагрессивным предписанием «Не живи» [10; 6; 32].

Таким образом, чтобы ответить на исследовательский вопрос «Как тип личности пациентов с АЗ связан с проявлениями их аутоагрессивного поведения?», мы исследовали отношения между типом алкогольной аутоагрессии и комбинацией родительского предписания «Не живи» с другими предписаниями у больных АЗ с различными типами личности. Для достижения поставленной цели решались следующие исследовательские задачи.

1. Определить спектр предписаний, выявляемых у пациентов с АЗ.
2. Определить личностную типологию у пациентов с АЗ.
3. Установить наличие связи между предписаниями и типом личности у пациентов с АЗ.
4. Установить наличие связи между типом личности и выбором аутоагрессивного поведения у пациентов с АЗ.

Проведение исследования было одобрено этическим комитетом Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Пациенты предоставляли информированное согласие; в случае наличия суицидального риска безопасность клиентов обеспечивалась, в том числе, с помощью заключения психотерапевтических антисуицидальных контрактов.

Материал и методы

В период с 2009 по 2012 г. в рамках клинико-терапевтического исследования было обследовано 190 мужчин, в возрасте от 21 до 64 лет ($M_{\text{возр.}} = 37 \pm 9,4$), обратившихся за анонимной наркологической помощью. Критериями включения стали: мужской пол, наличие АЗ (по критериям МКБ-10, F10.2), предоставление информированного согласия на лечение. Критериями исключения стали: признаки органического поражения ЦНС, острые психозы, тяжелое соматическое состояние и женский пол. Женщины не включались в исследование для достижения однородности выборки, поскольку описаны существенные гендерные различия в проявлениях аутоагрессивного поведения — у мужчин риск суицида в 10 раз выше, чем у женщин [19]. С целью уменьшения влияния на результаты исследования аффективных расстройств, характерных для острого периода абстиненции, обследование происходило на 7—14 сутки после прекращения употребления алкоголя.

Психодиагностическое тестирование проводилось с помощью следующих инструментов.

1. Диагностика проявлений АЗ и алкогольной аутоагрессии осуществлялась с помощью методики «Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью», состоящей из

трех блоков: формальные сведения о пациенте, наркологический блок, аутоагрессивная часть [12]. Интервью проводилось в виде недирективной мотивирующей беседы, демонстрирующей протективные и репаративные стороны психотерапевтического процесса. На основе клинической оценки полученных данных определялись аутоагрессивные паттерны клиента с учетом объективной и субъективной информации.

2. Личностные черты и психосоциальное функционирование респондентов определялись с помощью клинического обследования и опросника Personality Diagnostic Questionnaire (Version 4+) в русскоязычной адаптации В.П. Дворщенко [4].

3. Структура основных негативных родительских посланий (предписаний) определялась с помощью русскоязычного варианта Drego Injunction Scale — Шкалы предписаний П. Дрего [28].

Исследованные переменные

Личность. С точки зрения личности, каждый респондент описывался в двух направлениях. Во-первых, по степени выраженности личностных особенностей выделялись: пациенты с акцентуациями характера (скрытыми и явными) и пациенты с расстройствами личности.

Во-вторых, диагностировался и ведущий личностный радикал: параноидный, шизоидный, антисоциальный, эмоционально-неустойчивый (пограничный), истерический, обсессивно-компульсивный (ананкастный), тревожный, зависимый, нарциссический и пассивно-агрессивный.

Аутоагрессивное поведение оценивалось в рамках шести групп алкогольной аутоагрессии [8, 10].

1. *Суицидальная («классическая») аутоагрессия* проявляется суицидальными мыслями и попытками, а также различного рода осознанными самоповреждениями (самопорезы) и отражает реализацию антивитальной программы, в основе которой лежит предписание «Не живи». Связана с такими суицидогенными факторами, как повышение импульсивности на фоне алкоголизации, наличие токсической абстинентной депрессии, снижение антимортальных барьеров и появление специфического чувства биологической вины за свое существование.

2. *Семейная аутоагрессия* характеризует реализацию аутоагрессивных тенденций через нарушения взаимоотношений в семье (наличие разводов, оценка браков как неудавшихся, отсутствие детей, чувств одиночества и безысходности), которые находят выражение в сверхценных идеях ревности и разводе. Патологическая ревность выливается в агрессивное поведение по отношению к супругу; а развод в этом контексте становится скрытым суицидом, часто приводя к необратимой аггравации АЗ и сопутствующих заболеваний.

3. *Аутоагрессия в профессиональной сфере* характеризует вред, наносимый человеком себе в области профессиональной жизни и саморазвития, когда много лет трудившийся в одной организации ответственный и эффективный работник с помощью алкоголя совершает «профессиональный суицид», например, явившись пьяным на важное совещание, что приводит к абсолютному краху его имиджа и увольнению.

4. *Соматическая аутоагрессия* предполагает самоповреждение через приобретение соматических расстройств, связанных с последовательным употреблением этанола и использованием его токсического действия для обеспечения физического нездоровья. Кроме того, обращаясь за лечебной помощью, соматические аутоагрессанты склонны игнорировать назначения врачей и демонстрируют низкий комплаенс к приему лекарственных препаратов и соблюдению режима лечения.

5. *Аутоагрессия в виде рискованного поведения* характеризуется массой необдуманных рискованных поступков, создающих возможности для реализации антивитаальной программы непрямыми, несуйцидальными способами, например, в результате несчастных случаев (дорожно-транспортных происшествий, пожаров и т. п.), опасных для жизни и здоровья хобби и увлечений, а также употребления суррогатов и низкопробного алкоголя.

6. *Аутоагрессия в виде антисоциального поведения* предполагает совершение необдуманных, импульсивных, социально неодобряемых поступков в состоянии алкогольного опьянения (физическое насилие, гетероагрессивное поведение, криминальные действия, провокации, в том числе в отношении работников органов правопорядка), которые позволяют реализовать аутоагрессивные тенденции через «криминогенную смерть» или увечья.

Негативные родительские послания. Выделялось 12 основных предписаний, определяемых с помощью шкалы предписаний П. Дрего (The Drego Injunction Scale) [28]:

1. *«Не живи»* — основное аутоагрессивное предписание. Дается родителями, если ребенок воспринимается как экзистенциальная помеха (мешает карьере, сексуальным отношениям, нежеланная беременность и проч.), либо на него возлагается вина за смерть матери во время родов. Может отражать и инфантицидные импульсы родителей, выражающиеся в неудачной попытке аборта, «случайно» стимулированных тяжелой работой или неосторожным поведением преждевременных родах с опасными осложнениями для жизни ребенка и т. д.

2. *«Не думай»*. Послание, затрудняющее мышление. Может выражаться в запрете на мышление («Не думай — делай») либо на определенные мысли. Выражается в неспособности думать или принимать решения самостоятельно или обдуманно действовать в определенных (например, кризисных) ситуациях, типичной растерянности, убежденности в своей глупости по сравнению с другими и т. п.

3. *«Не делай»*. Дается тревожными и боящимися (чаще всего иррационально) родителями, маскирующими собственную панику и иррациональные страхи гиперопекой и избыточной осторожностью, например, запрещая обычную детскую активность («Не ходи по лужам!», «Не катайся на велосипеде!»). Лежит в основе формирования пассивного поведения, трудностей в принятии решений, нежелания нести ответственность и поиска внешнего источника контроля.

4. *«Не сближайся»*. Формируется при отсутствии достаточного физического контакта и положительной стимуляции со стороны других, в результате длительной сепарации со значимыми людьми или их утратой. Принявший такое предписание человек испытывает серьезные проблемы в создании и поддержании близких взаимоотношений с другими людьми.

5. *«Не будь важным»*. Лежит в основе проблем самовосприятия и самооценки, подчеркивая некую условность, ничтожность существования человека. Принимается детьми, родители которых обесценивали значимость их поступков, мыслей, чувств и личности в целом, например, полностью игнорируя их присутствие либо мнение при выборе одежды или времяпрепровождения.

6. *«Не будь ребенком»*. Ответственность за проблемы, связанные с переживанием позитивных чувств, особенно радости, и способностью расслабляться. Передается в ситуациях, когда ребенок наделяется не детской ответственностью, например, выполняя родительские функции в отношении себя, младших сиблингов, самих «беспомощных» родителей, либо в слишком раннем возрасте неся обязательства, связанные с трудом, учебой, следованием нормам этикета.

7. *«Не вырастай»*. Люди с данным предписанием склонны демонстрировать импульсивное, необдуманное поведение либо паттерны детской беспомощности и растерянности. Часто дается родителями, испытывающими страх быть брошенными, выражающийся, в том числе, в иррациональной тревоге о сепарации с детьми.

8. *«Не будь собой»*. Наличие данного предписания характеризует проблемы самоидентификации и часто выглядит как послание не быть своим полом, когда в девочках и мальчиках воспитываются качества противоположного пола (например, девочка, которую «записывают» в женскую футбольную команду), либо ребенок «вращивается» для воплощения нереализованных устремлений родителей.

9. *«Не будь здоровым»*. Сообщение о психической или физической неполноценности ребенка, в результате которого человек учится получать внимание путем нездоровья. Вероятно, является одним из звеньев патогенеза психических заболеваний, поскольку может даваться родителями-психотиками и как предписание, и как программа действий («Сойди с ума, и у тебя всегда будет пенсия по инвалидности»).

10. «*Не принадлежит*». Основное шизоидное предписание. Описывает ощущение разобщенности с другими людьми, «инакости», чувство непринадлежности ни к одной из групп/ мест/ сообществ.

11. «*Не чувствуй*». Дается родителями в виде запрета испытывать все или определенные чувства, например, в рамках культурной или семейной «традиции» («Мальчикам не бывает больно»), из-за страха перед неспособностью совладать с собственным аффектом или аффектом ребенка («Злиться — плохо») или в силу дефицита эмпатии.

12. «*Не доверяй*». Параноидное послание, отражающее интенсивную тревогу и страх близких отношений.

Статистический анализ проводился в два этапа: на первом производилось описание полученных распределений данных (представленных в виде $M (SD; \min \div \max)$), на втором — корреляционный анализ с использованием метода четырехпольных таблиц. Нулевая статистическая гипотеза отвергалась при статистической значимости различий на уровне $p < 0,05$.

Результаты

В результате отбора и рандомизации в исследовании были представлены респонденты со следующими личностными радикалами (табл. 1).

Пациенты со скрытыми акцентуациями были исключены из дальнейшего анализа, поскольку выраженность их личностных типологических черт была столь незначительна, что существовала высокая вероятность ошибки при отнесении их к тому или иному типу.

Таблица 1

Типы личности у респондентов

| Тип личности | Количество, чел. | % |
|--------------------------|------------------|-------|
| Пограничный | 42 | 22,1% |
| Диссоциальный | 32 | 16,8% |
| Параноидный | 20 | 10,6% |
| Нарциссический | 15 | 7,9% |
| Тревожный | 14 | 7,3% |
| Обсессивно-компульсивный | 12 | 6,3% |
| Шизоидный | 11 | 5,8% |
| Истерический | 9 | 4,5% |
| Зависимый | 1 | 0,5% |

| Тип личности | Количество, чел. | % |
|-------------------------------|------------------|-------|
| Пассивно-агрессивный | 1 | 0,5% |
| Скрытые акцентуации характера | 33 | 17,4% |
| Всего | 190 | 100% |

Респонденты с зависимым, пассивно-агрессивным и истерическим типом личности также были исключены в силу малого числа наблюдений (менее 10), недостаточного для оценки взаимосвязей между изучаемыми параметрами.

В процессе оценки у пациентов могли диагностироваться несколько личностных радикалов. В этом случае, для последующего анализа использовался исключительно ведущий личностный радикал. Таким образом, финальной оценке подверглось 146 пациентов.

При оценке спектра родительских предписаний у пациентов с АЗ было установлено, что в выборке наиболее часто встречаются следующие предписания: «Не живи», «Не думай», «Не будь ребенком», «Не доверяй», «Не чувствуй» и «Не вырастай» (табл. 2).

Таблица 2

Спектр родительских предписаний у пациентов с АЗ

| Предписание | Количество респондентов, чел. | Частота встречаемости, % |
|------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Не живи | 100 | 52,6 |
| Не думай | 73 | 38,4 |
| Не будь ребенком | 54 | 28,4 |
| Не доверяй | 53 | 27,9 |
| Не чувствуй | 43 | 22,6 |
| Не вырастай | 39 | 20,5 |
| Не будь важным | 24 | 12,6 |
| Не будь собой | 22 | 11,6 |
| Не принадлежи | 22 | 11,6 |
| Не сближайся | 20 | 10,5 |
| Не будь здоровым | 15 | 7,9 |
| Не делай | 8 | 4,2 |

На следующем этапе с помощью корреляционного анализа были выделены связи между родительскими предписаниями и типами личностных радикалов (табл. 3).

Таблица 3

Корреляции между типом личности и предписаниями

| Предписания Тип личности | Не живи | Не будь собой | Не вырастай | Не будь ребенком | Не будь важным | Не сблизься | Не чувствуй | Не будь здоровым | Не принадлежи | Не доверяй | Не думай |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|----------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| Параноидный N=20 | -0,155* | 0,037 | -0,089 | 0,088 | -0,079 | -0,062 | -0,104 | 0,027 | 0,037 | 0,513* | -0,165* |
| Шизоидный N=11 | -0,036 | -0,090 | -0,070 | 0,044 | -0,094 | 0,135* | 0,027 | -0,073 | 0,544* | -0,104 | -0,149* |
| Пограничный N=42 | 0,378* | 0,204* | 0,138* | -0,251* | -0,050 | -0,100 | -0,015 | 0,361* | -0,193 | -0,077 | 0,361* |
| Диссоциальный N=32 | 0,230* | -0,163* | -0,194* | -0,034 | 0,083 | -0,017 | 0,160* | -0,080 | -0,163* | -0,092 | 0,252* |
| Нарциссиче- ский N=15 | -0,152* | 0,38* | 0,045 | -0,098 | 0,065 | 0,154* | 0,261* | -0,013 | -0,106 | 0,123* | -0,031 |
| Тревожный N=14 | -0,257* | 0,024 | 0,256* | -0,133* | 0,135* | 0,035 | 0,040 | -0,083 | 0,402* | -0,041 | -0,140* |
| Обсессивно- компульсивный N=12 | -0,057 | -0,094 | -0,13* | 0,412* | -0,099 | 0,052 | -0,089 | -0,076 | -0,094 | -0,017 | -0,205* |

Примечание: «*» — статистически значимые результаты ($p < 0,05$).

На основании выявленных статистически значимых положительных корреляций было установлено, что определенным личностным типам пациентов с АЗ присущи следующие предписания (табл. 4).

Таблица 4

Связь основных предписаний у пациентов с типами личности

| Тип личности | Основные предписания |
|---------------------------------|---|
| Параноидный (N=20) | «Не доверяй» |
| Шизоидный (N=11) | «Не сближайся», «Не принадлежи» |
| Пограничный (N=42) | «Не живи», «Не будь самим собой», «Не вырастай», «Не будь здоровым», «Не думай» |
| Диссоциальный (N=32) | «Не живи», «Не чувствуй», «Не думай» |
| Нарциссический (N=15) | «Не будь самим собой», «Не сближайся», «Не чувствуй», «Не доверяй» |
| Тревожный (N=14) | «Не вырастай», «Не будь важным», «Не принадлежи» |
| Обсессивно-компульсивный (N=12) | «Не будь ребенком» |

Примечание: N — количество респондентов в каждой выборке.

Очевидно, что обнаруженные статистически значимые корреляции предписаний и личностных типов (табл. 3 и 4) хорошо соотносятся с клинической типологией личности. Например, предписание пациентов с параноидным типом личности «Не доверяй» отражает их подозрительность и зависть. «Не сближайся» свидетельствует о шизоидной отстраненности и уходе от контакта. Типичные предписания пациентов с пограничным типом личности полезны для понимания их проблем, связанных с выживанием, самоидентификацией и сепарацией. Предписания диссоциальных пациентов выявляют их стремление к саморазрушению, подавлению чувств и поведению без учета последствий. Выявленные предписания также ярко подчеркивают особенности нарциссической и тревожной личности — их боязнь контактов («Не принадлежи») и склонность к регрессии в ответ на угрожающий стимул («Не расти»). Ключевое предписание обсессивно-компульсивной личности («Не будь ребенком») исключает гибкость, творческий потенциал и риск в принятии решений.

Обнаруженные нами статистически значимые отрицательные корреляции между типами личности и предписаниями иногда достаточно хорошо соответствовали клинической реальности: например, предписание «Не

взрослей» является не характерным для обсессивно-компульсивной и диссоциальной личности (табл. 4). Однако в ряде случаев результаты противоречили клинической практике, что может стать одним из будущих направлений исследования. Например, мы обнаружили, что встречаемость предписания «Не живи» находится в отрицательной корреляционной связи с параноидными чертами личности, хотя имеются данные о связанном с ревностью аутоагрессивном и гомицидном поведении параноидных пациентов с АЗ [18].

Далее, по результатам оценки аутоагрессивного поведения пациентов и соответствующего анализа корреляционных связей, мы установили, к какой аутоагрессии склонны пациенты с теми или иными личностными радикалами (табл. 5).

Таблица 5

Корреляции между типом личности и группами алкогольной аутоагрессии

| Ауто-агрессия \ Тип личности | Пограничный N=42 | Антисоциальный N=32 | Нарциссический N=15 | Шизоидный N=11 | Параноидный N=20 | Тревожный N=14 | Обсессивно-компульсивный N=12 |
|---|------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------------------|
| Суицидальная (N=40) | 0,223* | 0,044 | -0,103 | 0,038 | -0,051 | -0,146* | -0,028 |
| Семейная (N=68) | 0,079 | 0,016 | -0,015 | -0,044 | 0,102 | 0,126 | -0,104 |
| Соматическая (N=40) | -0,057 | -0,060 | -0,103 | 0,073 | 0,075 | 0,101 | 0,025 |
| В виде рискованного поведения (N=63) | 0,089 | 0,107 | 0,004 | -0,173* | -0,019 | -0,110 | 0,142 |
| В виде антисоциального поведения (N=53) | 0,008 | 0,347* | -0,052 | -0,054 | -0,060 | -0,041 | -0,017 |
| В профессиональной сфере (N=43) | -0,137 | -0,109 | 0,215* | 0,027 | 0,019 | 0,040 | 0,015 |

Примечание: «*» — статистически значимая корреляция ($p < 0,05$); N — количество респондентов в выборке.

Выявлены три статистически значимые положительные корреляции:

1. Пациенты с пограничным личностным радикалом выбирают преимущественно классическую суицидальную аутоагрессию.

2. Для пациентов с нарциссическим радикалом характерна алкогольная аутоагрессия в профессиональной сфере.

3. Пациенты с диссоциальной личностью демонстрируют алкогольную аутоагрессию в виде антисоциального поведения.

Анализ результатов

За многие десятилетия исследования алкогольной зависимости в научном и клиническом сообществах сформировалось определенное мнение о том, как «выглядит» алкогольная личность. Это выражается и в разработке многочисленных психотерапевтических подходов, ориентированных на лечение тех или иных сторон личности алкоголика: алкогольной диссоциации (например, континуальная психотерапия Ю.В. Валентика, подход «Поиск безопасности» Л. Наявитц), антисоциальных тенденций (в когнитивно-бихевиоральных техниках мотивирования с помощью вознаграждения), низкой комплайентности и резистентности к лечению (мотивационная терапия В. Миллера и С. Роллника), неспособности к контролю над импульсами и влечениями (противорецидивный тренинг А. Марлата и Дж. Гордона, поведенческая семейная терапия Т. О'Фаррела) и прочее. Тем не менее, аутоагрессивное поведение алкоголиков, как правило, рассматривается не как характеристика алкогольной личности, а, скорее, как проявление коморбидных заболеваний, например, пограничного или диссоциального личностного расстройства, и фокусируется на превенции классической суицидальной активности (самоубийств и парасуицидов) [1; 23]. По нашему мнению, аутоагрессивные тенденции сами по себе вписываются в картину алкогольной личности, что подтверждается как эпидемиологическими данными о том, что аутоагрессивное поведение при алкоголизме встречается чаще, чем при других психических расстройствах [21], так и нашими собственными исследованиями [8; 9; 10], показывающими, что в сравнении со здоровыми людьми значительная часть больных АЗ имеют установку «Не живи», детерминирующую выбор трагического жизненного сценария. При этом предписание «Не живи» значимо чаще встречается у клиентов с парасуицидами, а также у клиентов с суицидальными мыслями и самоповреждениями, что позволяет говорить о связи этого предписания с актами аутоагрессии [9].

В то же время программа «Не живи» является лишь одним (хотя, возможно, и наиболее значимым) из патогенетических факторов аутоагрессивного поведения, отвечая за «склонность» к алкогольной аутоагрессии, но не определяя способы ее реализации. По нашему мнению, выбор в пользу той или иной модели аутоагрессивного поведения определяется типологической личностной структурой (фактически, комби-

нацией нескольких предписаний с предписанием «Не живи») и другими элементами негативного жизненного сценария алкоголика: контрпредписаниями (вербальные родительские послания, формирующие копинговые стратегии по отношению к предписаниям) и программой (послания, передаваемые в основном на поведенческом уровне, с помощью которых родители демонстрируют способы реализации предписаний и контрпредписаний). В клинической реальности мы видим много примеров, как родившийся от нежелательной беременности (или даже переживший попытку инфантицида) ребенок (с предписанием «Не живи») получает от родительских фигур программу, как убить или покалечить себя с помощью водки, и как сделать это в какой-нибудь неожиданный момент (например, накануне свадьбы или в день рождения ребенка), определенное время оставаясь «на плаву» благодаря следованию контрпредписаниям («Усердно работай», «Радуй других» и проч).

Фактически, это давление внешней среды при отвергающих и психотравмирующих интеракциях окружения, в отсутствие нормальной привязанности, отражает те самые 50% внешнего вклада в патогенез АЗ [17] и одновременно в какой-то мере становится медиатором внутренних факторов АЗ (веры в иррациональные послания родителей и стремление к их реализации).

Полученные нами данные демонстрируют, что структура личности и особенности аутоагрессивного поведения пациентов с АЗ определяются *медиаторными* предписаниями, которые составляют определенные комбинации с аутодеструктивными «Не живи» и «Не думай».

В ходе нашего исследования мы подтвердили, что пациенты с чертами пограничной личности, имеющие комбинацию «Не живи» с «Не будь собой», «Не вырастай», «Не будь здоровым» и «Не думай», реализуют свой негативный жизненный выбор через классическое суицидальное аутоагрессивное поведение, что также подтверждается большим количеством клинических исследований, указывающих на значительное повышение риска суицида у пациентов с коморбидной АЗ и пограничным расстройством личности [30]. Пациенты с диссоциальной личностной организацией («Не чувствуй», «Не думай» и «Не живи») реализуют свой гамартический сценарий через аутоагрессию в виде антисоциального поведения. Антисоциальное поведение и АЗ подкрепляют друг друга, и такие пациенты чаще становятся жертвами убийств, физического насилия и оказываются в местах лишения свободы. Нарциссические пациенты («Не чувствуй», «Не думай», «Не живи») актуализируют аутоагрессию через состояние неблагополучия в наиболее значимой для себя области — профессиональной, где злоупотребление алкоголем дает повод потерять престиж высокого профессионального статуса и приводит к унижительным гонениям и увольнению.

Выводы

1. Родительские предписания играют значимую роль в формировании алкогольной личности, определяя направление плана жизни — жизненного сценария. Главная роль отводится двум предписаниям: «Не живи», лежащему в основе аутоагрессии, и «Не думай», подталкивающему личность к использованию алкоголизации как неадаптивной копинг-стратегии. Остальные предписания, комбинируясь с «Не живи», становятся медиаторами в процессе формирования алкогольной личности и несуицидальных типов аутоагрессии, связанных с ее различными типами.

2. Наиболее часто у пациентов с АЗ в нашей выборке встречаются три типа личности: пограничный, диссоциальный и параноидный.

3. Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между ведущим личностным радикалом и предписаниями, что подтверждает медиаторную роль предписаний в формировании личностных особенностей.

4. Для трех типов личности выявлены значимые на статистическом уровне корреляции с конкретными типами аутоагрессивного поведения: для пограничной — с суицидальным поведением, для диссоциальной — с аутоагрессией в виде антисоциального поведения, для нарциссической — с профессиональной аутоагрессией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л. Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2011. № 11. С. 39—43.
2. Берн Э. Игры в которые играют люди. М.; СПб: «Университетская книга» АСТ, 1998. 247 с.
3. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с.
4. Дворченко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. М: Речь, 2008. 112 с.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Медицина. Ленинград. отд-ние, 1977. 208 с.
6. Меринов А.В., Шустов Д.И. Феномен финальной открытости семейной системы в браках страдающих алкогольной зависимостью мужчин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2012. № 10. С. 64—67.
7. Штайнер К. Лечение алкоголизма. М.: Прайм-еврознак, 2004. 224 с.
8. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): дисс. ... докт. мед. наук. М., 2000.
9. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб: Спецлит, 2016. 207 с.

10. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-центр, 2005. 243 с.
11. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Федотов И.А. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии // Вопросы наркологии. 2014. №5. С.141—161.
12. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М: МЗ РФ, 2000. 20 с.
13. Bravo de Medina R., Echeburúa E., Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo // Adicciones. 2007. Vol. 19(4). P. 373—380. doi: 10.20882/adicciones.296.
14. Chachamovich E., Ding Y., Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: results from a psychological autopsy study // Alcohol. 2012. Vol. 46(6). P. 529—536. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.03.007
15. Cunningham J., Breslin C. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment // Addict. Behav. 2004. Vol. 29. P. 221—223. doi: 10.1016/S0306-4603(03)00077-7
16. Cunningham J., McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? // Addiction. 2012. Vol. 107. P. 6—12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x.
17. Davis C., Loxton N.J. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile // Addict. Behav. 2013. Vol. 38(7). P. 2306—2312. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.02.012.
18. Jiménez-Arriero M.A. et al. Alcoholic jealousy: an old and current dilemma // Adicciones. 2007. Vol.19(3). P. 267—272. doi: 10.20882/adicciones.305.
19. Kocic S. et al. Sex as suicidal risk factor // Medicinski Pregled. 2012. Vol. 65(9—10). P. 415—420. doi: 10.2298/MPNS1210415K
20. Larkin C., Di Blasi Z., Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies // PLoS ONE. 2014. Vol. 9(1). P. e84282. doi: 10.1371/journal.pone.0084282
21. Lester D. Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Charles C Thomas Publisher, 2000. 410 p.
22. Magill M., Ray L. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials // J. Stud. Alcohol. Drugs. 2009. Vol. 70. P. 516—527.
23. Meehan P.J. Prevention: the endpoint of suicidology // Mayo Clin. Proc. 1990. Vol. 65(1). P. 115—118. doi: 10.1016/S0025-6196(12)62116-8
24. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace, 1938.
25. Najavits L.M. Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse // Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity / P. Ouimette, J.P. Read (eds.). Washington: American Psychological Association Press, 2014. P. 281—303.
26. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (NIAAA), 2006.
27. Niciu M., Arias A. Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders // CNS Drugs. 2013. Vol. 27 (10). P. 777—787. doi: 10.1007/s40263-013-0096-4

28. *Pearl D.* Happy family: Parenting through family rituals. Bombay: Alfreruby Publishers, 1994.
29. *Pompili M. et al.* Suicidal behavior and alcohol abuse // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011. Vol. 7 (4). P. 1392—1431. doi: 10.3390/ijerph7041392.
30. *Preuss U.W., Koller G., Barnow S., Eikmeier M., Soyka M.* Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders // *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2006. Vol. 30 (5). P. 866-877. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x
31. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide / National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health Publication, 2012. № 12-4180. 76 p.
32. *Shustov D. I., Merinov A.V., Tuchina O.D.* Episcrypt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations // *Transactional Analysis Journal*. 2016. Vol. 46 (1). P. 13—16. doi: 10.1177/0362153715615120
33. *Stewart I., Joines V.* Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002. 419 p.
34. *Wedig M., Silverman M., Frankenburg F., Reich B., Fitzmaurice G., Zanarini M.* Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42(11). P. 2395—2404. doi: 10.1017/S0033291712000517

SELF-DESTRUCTIVE ALCOHOLIC PERSONALITY

D.I SHUSTOV*,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, dmitri_shustov@mail.ru

O.D. TUCHINA**,

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, shtuchina@gmail.com

I.A. FEDOTOV***,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ifedotov@psychiatr.ru

For citation:

Shustov D.I., Tuchina O.D., Fedotov I.A., Novikov S.A. Self-Destructive Alcoholic Personality. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 89—109. doi: 10.17759/cpp.20162403006. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Shustov Dmitri Ivanovich*, M.D., Professor, Head of Psychiatry Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru.

** *Tuchina Olga Dmitrievna*, Psychologist, Assistant Lecturer, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, e-mail: shtuchina@gmail.com.

*** *Fedotov Ilya Andreevich*, Candidate of Medical Sciences, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: ifedotov@psychiatr.ru.

S.A. NOVIKOV****,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, novikovsa@inbox.ru

The article presents the findings of a study investigating a relationship between personality types developing under the influence of negative parental messages (injunctions) and different types of self-destructive behaviors in alcohol-dependent patients. The study was carried out in 2009—2012 in Ryazan in a sample of 190 outpatient male clients who received psychotherapy for alcohol-dependence. The authors assumed that the choice of self-destructive behaviors was linked to the alcohol-dependent patients' personality organization and depended on a combination of different injunctions with the main self-destructive injunction — “Don't be”. The authors describe parental injunctions, which contributed to the development of “the alcoholic personality”. The main contributing injunctions were “Don't be” which formed the basis for self-destructiveness, and “Don't think”, which reinforced alcohol abuse as a maladaptive coping strategy. The other injunctions, when combined with “Don't be”, were mediating personality type development and the related groups of self-destructiveness. The authors identified statistically significant correlations between the most frequent personality types and specific groups of self-destructive behavior in alcohol-dependent patients: thus, borderline personality organization was linked to suicidal behavior, dissociative personality organization — to antisocial behaviors, and narcissistic — to self-destructiveness in the professional sphere.

Keywords: psychotherapy, alcohol dependence, self-destructive behavior, suicide.

REFERENCES

1. Agibalova T.V., Buzik O. Zh., Gurevich G.L. Znachenie lichnosti bol'nyh alkoholizmom v psihoterapevticheskom processe [Psychotherapy of alcoholics based on personality traits]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [*The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*], 2011, no. 11, pp. 39—43.
2. Berne E. Igrы v kotorye igrayut lyudi [Games people play]. Moscow-Saint-Petersburg: «Universitetskaya kniga» AST, 1998. 247 p. (in Russ.)
3. Goulding M., Goulding R. Psikhoterapiya novogo resheniya. Teoriya i praktika [Changing Lives Through Redecision Therapy]. Moscow: Nezavisimaya firma “Klass”, 2001. 288 p. (in Russ.)
4. Dvorshchenko V.P. Diagnosticheskiy test lichnostnyh rasstrojstv [Personality Disorders Diagnostic Questionnaire]. Moscow: Rech, 2008. 112 p.
5. Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathy and accentuations of character in teenagers]. Moscow: Meditsina, Leningrad. otd-nie, 1977. 208 p.
6. *Merinov A.V., Shustov D.I.* Phenomen final'noj otkrytosti semejnoi sistemi v brakakh stradayushchikh alkohol'noj zavisimost'ju muzhchin [Phenomenon of the open fi-

**** *Novikov Sergey Andreevich*, Candidate of Medical Sciences, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: novikovsa@inbox.ru.

- nal in the family systems of married men suffering from alcohol dependence]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry], 2012, Vol. 112, no. 10, pp. 64—67.
7. Steiner C. Lechenie alkogolizma [Healing alcoholism]. Moscow: Praim-evroznak, 2004. 224 p. (in Russ.)
 8. Shustov D.I. Autoagressivnoe povedenie i alkogolizm (Kliniko-terapevticheskoe issledovanie). Diss. dokt. med. nauk. [Self-destructive behavior and alcoholism: clinical and therapeutic study. Dr. Sci. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2000.
 9. Shustov D.I. Autoagressiya i samoubiistvo pri alkogol'noi zavisimosti: klinika i psikhoterapiya [Self-destruction and suicide in alcohol addiction: clinical picture and psychotherapy]. Saint-Petersberg: Spetslit, 2016. 207 p.
 10. Shustov D.I. Autoagressija, suicid i alkogolizm [Self-destructiveness, Suicide and Alcoholism]. Moscow: Cogito-Center, 2005. 243 p.
 11. Shustov D.I., Agibalova T.V., Fedotov I.A. Obratnaya storona alkogol'noi zavisimosti: abstinenty i spontannye remissii [Reverse side of alcohol addiction: abstainers and natural recovery]. *Voprosy narkologii* [Problems of nacrology], 2014, no. 5, pp. 141—161.
 12. Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik Y.V. Diagnostika autoagressivnogo povedenija pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'ju [Diagnosing self-destructiveness in patients with alcohol dependence using therapeutic interview]. Moscow: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2000. 20 p.
 13. Bravo de Medina R., Echeburúa E., Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 2007. Vol. 19, no. 4, pp. 373—380. doi: 10.20882/adicciones.296.
 14. Chachamovich E., Ding Y., Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: results from a psychological autopsy study. *Alcohol*, 2012. Vol. 46, no. 6, pp. 529—536. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.03.007
 15. Cunningham J., Breslin C. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict. Behav.*, 2004. Vol. 29, pp. 221—223. doi: 10.1016/S0306-4603(03)00077-7
 16. Cunningham J., McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, 2012. Vol. 107, pp. 6—12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x.
 17. Davis C., Loxton N.J. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile. *Addict. Behav.*, 2013. Vol. 38, no. 7, pp. 2306—2312. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.02.012.
 18. Jiménez-Arriero M.A. et al. Alcoholic jealousy: an old and current dilemma. *Adicciones*, 2007. Vol. 19, no. 3, pp. 267—272. doi: 10.20882/adicciones.305.
 19. Kocic S. et al. Sex as suicidal risk factor. *Medicinski Pregled*, 2012. Vol. 65, no. 9—10, pp. 415—420. doi: 10.2298/MPNS1210415K
 20. Larkin C., Di Blasi Z., Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS ONE*, 2014. Vol. 9, no. 1, pp. e84282. doi: 10.1371/journal.pone.0084282
 21. Lester D. Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Charles C Thomas Publisher, 2000. 410 p.

22. Magill M., Ray L. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials . *J. Stud. Alcohol. Drugs*, 2009. Vol. 70, pp. 516—527.
23. Meehan P.J. Prevention: the endpoint of suicidology. *Mayo Clin. Proc*, 1990. Vol. 65, no. 1, pp. 115—118. doi: 10.1016/S0025-6196(12)62116-8
24. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace, 1938.
25. Najavits L. M. Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse. In P. Ouimette, J. P. Read (eds.). *Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity*. Washington: American Psychological Association Press, 2014, p. 281—303.
26. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (NIAAA), 2006.
27. Niciu M., Arias A. Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders. *CNS Drugs*, 2013. Vol. 27, no. 10, pp. 777—787. doi: 10.1007/s40263-013-0096-4
28. Pearl D. Happy family: Parenting through family rituals. Bombay: Alfreruby Publishers, 1994.
29. Pompili M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2011. Vol. 7, no. 4, pp. 1392—1431. doi: 10.3390/ijerph7041392.
30. Preuss U.W., Koller G., Barnow S., Eikmeier M., Soyka M. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2006. Vol. 30, no. 5, pp. 866—877. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x
31. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide / NIDA. NIH Publication No. 12—4180, 2012.
32. Shustov D. I., Merinov A.V., Tuchina O.D. Episcrypt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations. *Transactional Analysis Journal*. 2016. Vol. 46, no. 1, pp. 13—16. doi: 10.1177/0362153715615120
33. Stewart I., Joines V. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002.
34. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F., Reich B., Fitzmaurice G., Zanarini M. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol. Med*, 2012. Vol. 42, no. 11, pp. 2395—2404. doi: 10.1017/S0033291712000517