



© Н. Г. Борок, М. А. Суботялов

DOI: [10.15293/2226-3365.1603.04](https://doi.org/10.15293/2226-3365.1603.04)

УДК 159.9.07

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ВТОРОЙ СТАДИИ*Н. Г. Борок (Санкт-Петербург, Россия), М. А. Суботялов (Новосибирск, Россия)*

В последние годы все чаще вопрос реабилитации больных алкоголизмом сдвигается из медико-биологической в социально-психологическую область. В связи с этим острее встает тема ключевых различий в личности здоровых людей и зависимых, т. к. только опираясь на эти данные, мы можем выстраивать реабилитационные программы. Целью проведенного исследования было выявление личностных особенностей людей с алкогольной аддикцией методами психологической диагностики. Для исследования в экспериментальную группу были отобраны мужчины с диагнозом алкоголизм второй стадии, в контрольную группу – здоровые мужчины, не имеющие в анамнезе алкоголизма. В качестве методов диагностики были использованы психологические методики для диагностики уровня субъективного контроля, тревожности, уровня социальной фрустрированности, защитных механизмов и самооценки.

Анализ результатов показал ключевые различия между пациентами наркологического диспансера и контрольной выборкой. Значение локуса контроля у больных алкоголизмом ниже на 69 %, чем у здоровых людей. В контрольной выборке выявлен интернальный локус контроля. В диапазон «оптимального» уровня притязаний попадает всего 19 % пациентов, больных алкоголизмом. Эти данные свидетельствуют о незрелости личности, неумении ставить реальные цели, нежелании развиваться. Наличие ведущих механизмов защиты сигнализирует об отказе личности от продуктивного разрешения ситуации. У пациентов уровень социальной фрустрированности выше, чем у здоровых людей на 51 %. Именно эти различия имеют первостепенное значение в понимании механизма срыва адаптации (уход в алкоголизацию) у этих пациентов. Выявлены достоверные различия в самооценке, уровне тревожности, напряженности механизмов защиты, локусе контроля.

Ключевые слова: *алкоголизм, самооценка, тревожность, интернальность, локус контроля, механизмы защиты.*

В рамках реализации государственной политики на период до 2020 г. для профилактики алкоголизма среди населения вве-

дена мера по снижению доступности алкогольной продукции путем ограничения по месту и времени (федеральный закон от

Борок Наталья Геннадьевна – клинический психолог, кафедра клинической психологии и психофизиологии, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина
E-mail: shabanova_spb@mail.ru

Суботялов Михаил Альбертович – доктор медицинских наук, профессор кафедры анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности, Новосибирский государственный педагогический университет, кафедра фундаментальной медицины, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет
E-mail: subotyalov@yandex.ru



18 июня 2011 г.). Британский медицинский журнал в 2014 г. опубликовал данные исследования: среднестатистический россиянин выпивает 20 л водки в год, в то время как британец – около трех [1]. Алкогольная зависимость сопровождается психическими и соматоневрологическими расстройствами, что приводит к значительным социально-экономическим и моральным потерям. Все это определяет медицинское и социальное значение проблемы злоупотребления психоактивными веществами и работы с данной категорией лиц [2]. Изучение психосоматических особенностей различных патологий имеет многовековую историю, при этом сам термин «психосоматический» был введен только в 1818 г. И. Хайнротом, а понятие «психосоматическая медицина» появилось в 1922 г. [3]. Алкоголизм является заболеванием, в котором влияние психики и личностных особенностей во многом определяют течение заболевания. В последние годы возрастает научный интерес к исследованию психологических отличий людей, потребляющих психоактивные вещества [4].

Выявив индивидуально-личностные особенности лиц, страдающих алкогольной аддикцией, можно сформулировать личностно-ориентированный подход в реализации для них комплексной программы восстановления и социализации. Для этого нужно знать ключи воздействия на личность, понимать основные нарушенные механизмы адаптации. Важно изучать личностные особенности лиц с алкогольной зависимостью, чтобы находить новые рычаги воздействия на психику с целью усовершенствования комплексной системы реабилитации. Литература по проблеме алкоголизма демонстрирует, что изучение алкоголизма всё больше смещается из клинической сферы в социально-психоло-

гическую и социальные сферы. Это объясняется возрастающим пониманием значения социальных и особенно психологических факторов в возникновении и развитии алкоголизма, а также социально-экономического урона от алкоголизма и пьянства [5–8].

А. А. Реан и Д. Ю. Карандашев проводили исследования людей с просоциальной ориентацией, изучая особенности локуса контроля, и выявили, что интерналами оказались 72 %, а экстерналами лишь 4 %, в то время как исследования делинквентов показали, что доля экстерналов составляет 84 %, к интерналам относятся лишь 16 % [9].

Известны исследования механизмов психологической защиты у больных с различными видами патологии. Например, Е. С. Молчанов и др. уточнили ведущие механизмы защиты при шизофрении: «У всех пациентов с шизофренией отмечается выраженный дисбаланс системы механизмов защиты, который проявляется отчетливым доминированием двух защитных механизмов: рационализации (у 66,2 % мужчин и у 50 % женщин этот механизм является самым напряженным, причем средние показатели напряженности соответственно составили 72 и 50) и отрицания (средние показатели напряженности – 46 и 60). Реже всего использовался механизм замещения, причем у женщин его напряженность составляет всего 15,5 (у мужчин 30)» [10]. Показательны исследования взаимосвязи годового дохода и конфликтности, напряженности жилищных условий и злоупотребления алкоголем [5; 11]. С уменьшением годового дохода на одного члена семьи увеличивался удельный вес семей с выраженными конфликтными отношениями. Отмечено, что при неудовлетворительных жилищных условиях удельный вес конфликтных семей среди злоупотребляющих более чем в два раза выше, чем при хороших жилищных условиях [5]. Е. Л. Луценко и



О. Е. Габелкова вывели типологию личностей, склонных к различным формам здоровьеразрушающего и здоровьесберегающего поведения [12]. Авторами были выявлены факторы здоровьесберегающего поведения, которые мы можем использовать как эталон для психокорректирующих программ.

В. А. Куташов и Т. Ю. Хабарова использовали методику Ч. Спилбергера для выявления тревожности [13]. У 52 % испытуемых ими выявлен высокий уровень личностной тревожности, у 39 % – умеренный, у 9 % – низкий. В. А. Куташов предположил, что низкий уровень тревожности может быть связан с активным вытеснением личностью высокой тревожности. Средний уровень ситуативной тревожности отметили у 52 %, низкий уровень отмечен у 48 %, что авторы расценили как недостаточную критику к своему состоянию и болезни в целом.

Зарубежные исследования также ориентированы на изучение личностных особенностей. Исследователи указали на связь «импульсивности/поиска нового» и качеств «нейротизма/негативной эмоциональности» с феноменом алкоголизма [14]. Антисоциальное поведение и гиперактивность были названы моделями поведения, связанными с алкоголизмом, но при этом они не являются специфичными для данного заболевания. Другие авторы также указывают на связь алкоголизма с нейротизмом и отрицательную связь с добросовестностью и законопослушностью [15]. Все данные подтверждают необходимость глубокого изучения этой проблемы.

Целью нашего исследования было выявление личностных особенностей людей с алкоголизмом второй стадии.

Субъектом исследования были мужчины (31 человек) в возрасте 45–54 лет, с диагнозом алкоголизм второй стадии, средний возраст алкоголизации – 10 лет. Обследование проводилось в ГБУЗ «Городская наркологическая больница» г. Санкт-Петербурга. Для контрольной группы были отобраны мужчины (31 человек) в возрасте 41–52 лет, не имевшие в анамнезе алкоголизма.

Методы исследования

Методика Л. И. Вассермана для диагностики уровня социальной фрустрированности в модификации В. В. Бойко¹. Для диагностики защитных механизмов применялась методика *LSI* Келлермана–Плутчика. Для исследования самооценки мы использовали методику Дембо–Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан [16]. Лocus контроля определялся методикой диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера². Уровень тревожности диагностировался методикой Ч. Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина³. Для анализа данных использовались программы: *Microsoft Excel*, *AnalystSoft*, *StatPlus* и *SPSS*.

Результаты исследования

Рассмотрим оценки достоверности отличий в психологических особенностях у здоровых людей и у лиц, больных алкоголизмом (табл.).

¹ Головей Л. А., Рыбалко Е. Ф. Практикум по возрастной психологии: учебное пособие / под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2006. – 694 с.

² Там же.

³ Там же.

Таблица

Сравнительная психологическая характеристика лиц, страдающих алкоголизмом, и здоровых людей
Comprehensive psychological characteristics of persons suffering from alcoholism and healthy people

Признак Feature	Пациенты, n = 31 Patients		Здоровые, n = 31 Healthy people		Манн-Уитни, P*** Mann-Whitney	Различия*, % Difference
	M ± m, баллы marks	Σ	M ± m, баллы marks	Σ		
Уровень фрустрации Frustration level	2,19 ± 0,09	0,48	1,45 ± 0,11	0,60	p < 0,001	51 %
Самооценка Self-appraisal	57,62 ± 2,29	12,76	67,92 ± 1,34	7,47	p < 0,001	18 %
Уровень притязаний Claim-level	73,73 ± 3,24	18,05	81,07 ± 1,22	6,77	– **	–
Локус контроля Locus of control	4,00 ± 0,32	1,81	6,77 ± 0,39	2,17	p < 0,001	69 %
Реактивные образования Jet formation	4,39 ± 0,34	1,91	2,61 ± 0,27	1,52	p < 0,001	68 %
Отрицание реальности Denial of reality	6,52 ± 0,27	1,50	4,52 ± 0,42	2,32	p < 0,001	44 %
Замещение Displacement	3,90 ± 0,36	2,01	2,39 ± 0,35	1,93	p < 0,001	63 %
Регрессия Regression	8,35 ± 0,47	2,59	6,03 ± 0,51	2,86	p < 0,001	38 %
Компенсация Compensation	3,87 ± 0,36	2,03	3,71 ± 0,34	1,88	–	–
Проекция Projection	7,58 ± 0,31	1,75	3,77 ± 0,41	2,28	p < 0,001	101 %
Вытеснение Crowding out	4,03 ± 0,32	1,76	3,19 ± 0,31	1,72	–	–
Рационализация Rationalization	8,13 ± 0,35	1,96	5,26 ± 0,42	2,37	p < 0,001	55 %
Личностная тревожность Trait anxiety	44,35 ± 1,88	10,44	33,00 ± 2,26	12,61	p < 0,001	34 %
Реактивная тревожность Reactive anxiety	35,26 ± 2,55	14,18	34,06 ± 1,92	10,71	–	–

* – % различия между средними значениями по выборкам «пациенты» и «здоровые» считается от меньшего. Например, для защитного механизма «проекции» он высчитывается так: $(7,58 - 3,77) / 3,77 \times 100 \% = 101 \%$

The percentage difference between the sample mean "patients" and "healthy" is considered to be of less. For example, the protective "projection" mechanism, it is calculated as follows: $(7,58 - 3,77) / 3,77 \times 100 \% = 101 \%$

** – Статистически значимых различий по критерию Манна-Уитни не обнаружено

Statistically significant differences in the Mann-Whitney test were found

*** – p < 0,001 означает различия на высоком уровне статистической значимости

p < 0,001 difference means a high level of statistical significance

difference means a high level of statistical significance

Обсуждение

Один из самых интересных выводов касается локуса контроля. Появление этого понятия в психологической литературе в первую очередь связано с работами американского психолога Д. Роттера. Им было предложено различать людей в соответствии с тем, где они локализируют контроль за значимыми для себя событиями [17]. Существует два крайних типа такой локализации, или локуса контроля: интернальный и экстернальный.

«Краткий психологический словарь» определяет локус контроля как «качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам (внешний локус контроля), либо собственным способностям и усилиям (внутренний локус контроля)»⁴.

По мнению А. Данилина, допустив, что человек со слабо выраженным чувством собственной индивидуальности испытывает потребность переложить ответственность за свои поступки на кого-то и что-то вне себя, можно предположить, что экстерналы склонны к быстрому формированию зависимости от психоактивных веществ [18]. Они будут зависимы и от других, не химических факторов внешней среды, в том числе и от людей, которые возьмут на себя ответственность за их поведение – начальства, жен и мужей, друзей-алкоголиков.

Интерналы воспринимают психоактивные вещества и авторитарную идеологию как «факторы, мешающие реализации их самостоятельной жизненной позиции – чуждые стойкому врожденному чувству “Я”» [18]. По данным А. А. Реана, «интернальность коррели-

рует с социальной зрелостью и просоциальным поведением. Экстернальность корреляционно связана с недостаточной социальной зрелостью и асоциальным поведением» [9].

Значение локуса контроля у пациентов ниже на 69 %, чем у здоровых людей. Пациенты в большинстве своём обладают экстернальным (внешним) локусом контроля, а здоровые – интернальным, внутренним.

Таким образом, первый ключ к личности больного алкоголизмом – это уверенность в том, что он ничего не может изменить в своем мире. Для того, чтобы взять ответственность за свою жизнь, нужно чувствовать в себе силы для реализации этой задачи.

На следующем этапе нашей работы нами была проанализирована самооценка. Е. П. Никитин, Н. Е. Харламенкова определяют самооценку как отношение человека к себе, выражающееся в принятии или непринятии своей личности. Согласно У. Джемсу, самооценка складывается из двух составляющих – уровня притязаний и уровня реальных достижений. Уровень притязаний – это уровень трудности достигаемых целей. Если уровень притязаний будет очень высоким, а уровень реальных достижений – низким, то самооценка тоже будет низкой [19].

У больных алкоголизмом преобладает средняя самооценка (45 %) и высокая самооценка (26 %). Это говорит о реалистичном отношении к себе, об адекватной самооценке. У здоровых людей преобладает высокая самооценка (74 %). Средний показатель по признаку «самооценка» у больных алкоголизмом на 18 % ниже, чем у здоровых людей. Следовательно, у пациентов уровень самооценки достоверно ниже, чем у здоровых.

⁴ Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Краткий психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – Ростов-н/Д.: Феникс, 1998. – 512 с.



Второй компонент самооценки – уровень притязаний, который можно определить как желаемый уровень самооценки личности, проявляющийся в степени трудности цели, которую индивид ставит перед собой.

Выявлено, что преобладает либо заниженный (32 %), либо завышенный уровень притязаний (33 %). При этом у большинства здоровых людей (71 %) уровень притязаний находится в «оптимальном» диапазоне, в то время как среди выборки больных алкоголизмом в этот диапазон попадает всего 19 % пациентов. Эти данные свидетельствуют о незрелости личности, неумении ставить реальные цели, о нежелании развиваться.

По выражению А. Фрейд: «Защитные механизмы – это деятельность “Я”, которая начинается, когда “Я” подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматически, не согласуясь с сознанием» [20].

Доминирующими типами психологических защит у пациентов являются: проекция (69,9 %), рационализация (67,8 %), отрицание реальности (59,3 %). Наличие ведущих механизмов защит сигнализирует об отказе личности от продуктивного разрешения ситуации. Это косвенные признаки риска развития дезадаптации.

По полученным данным, напряженность защитных механизмов у пациентов выше, чем у здоровых людей. Пациенты чаще испытывают необходимость в защите своей «Я-концепции». Пациенты склонны расценивать многие ситуации как потенциально опасные, способные нарушить баланс «Я-концепции», а в частности самооценки.

Было выявлено, что у пациентов личностная тревожность на 34 % выше, чем у здоровых людей. У пациентов уровень социальной фрустрированности выше, чем у здоровых людей на 51 %. По среднему значению обе выборки не относятся к группе риска. «Фрустрация – это психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели»⁵. Различия между здоровыми и пациентами имеются, но выявленный уровень социальной фрустрированности не даёт оснований для связи социальной фрустрированности с алкоголизацией.

По всей совокупности данных можно сделать заключение о том, что к вопросу построения реабилитационных программ для людей с алкогольной зависимостью нужно подходить комплексно. Поскольку изменения затрагивают не только физический уровень, но присутствуют явные психологические изменения, свидетельствующие о нарушении адаптации уже на этом уровне, мы можем говорить о необходимости психологических и психотерапевтических мероприятий в реабилитационные курсы больных алкоголизмом.

Выводы

1. Пациенты, страдающие алкоголизмом, в отличие от здоровых людей, имеют внешний локус контроля, что означает: им свойственно перекладывать ответственность за события их жизни на окружающих.

2. Пациентам свойственна более низкая самооценка, чем здоровым людям и неадекватный уровень притязаний.

3. Напряженность защитных механизмов, уровень тревожности и социальной фрустрированности у больных алкоголизмом выше, чем у здоровых.

⁵ Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Указ. соч.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Dacid Zaridze.** Alcohol and morality in Russia, prospective observational study of 151 000 adults // *Lancet*. – 2014. – Vol. 9927, № 383. – P. 1465–1473.
2. **Айзман Р. И., Бубнов В. Г., Рубанович В. Б., Суботьялов М. А.** Основы медицинских знаний. – Новосибирск; М.: АРТА, 2011. – 224 с.
3. **Суботьялов М. А., Дружинин В. Ю.** Психосоматическое направление в традиционной аюрведической медицине // *Вестник Томского государственного университета. История*. – 2013. – № 4 (24). – С. 169–172.
4. **Айзман Р. И., Миненкова А. С.** Нейродинамические и психофизиологические особенности юношей, употребляющих психоактивные вещества // *Сибирский педагогический журнал*. – 2007. – № 5. – С. 277–290.
5. **Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я.** Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). – М.: Медицина, 1978. – 232 с.
6. **Воронин Р. М., Датий А. В., Кузнецова А. С.** Психологические особенности личности осужденных, больных алкоголизмом // *Уголовно-исполнительное право*. – 2015. – № 4. – С. 79–82.
7. **Латынцева А. Н., Савинкова А. А., Агупова И. Б.** Обзор исследования суицидального риска у пациентов с алкогольной зависимостью // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. – 2015. – № 59. – С. 79–85.
8. **Меринев А. В.** Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // *Наркология*. – 2011. – Т. 10, № 8 (116). – С. 72–77.
9. **Реан А. А.** Психология изучения личности. – СПб.: Изд-во Михайлова В. А., 1999 – 288 с.
10. **Молчанова Е. С., Карагаполов В., Рыбина Н., Кислов Р., Мавлявиева Э.** Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «Адаптационная» проекция схизиса? // *Вестник Киргизско-Российского Славянского университета*. – 2003. – Т. 3, № 7. – С. 137–141.
11. **Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю.** Личность и алкоголь. – Новосибирск: Наука, 1987. – 168 с.
12. **Луценко Е. Л., Габелкова О. Е.** Выявление типологии личностей, склонных к различным формам здоровьесберегающего/здоровьеразрушающего поведения // *Вестник психофизиологии*. – 2014. – № 4. – С. 52–59.
13. **Куташов В. А., Хабарова Т. Ю.** Клинико-психологические особенности выявления суицидального риска у пациентов с болезнями зависимостей // *Молодой ученый*. – 2015. – № 14. – С. 69–73.
14. **Mulder Roger T.** Alcoholism and personality // *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 36, №1. – P. 44–52.
15. **Martin Eric D., Sher Kenneth J.** Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1994. – Vol. 55. – P. 81–90.
16. **Райгородский Д. Я.** Практическая психодиагностика. – Самара: БАХРАХ-М, 2006. – 672 с.
17. **Муздыбаев К.** Психология ответственности. – Л.: Наука, 1983. – 240 с.
18. **Данилин А.** LSD: Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости. – М.: Центрполиграф, 2001. – 522 с.
19. **Никитин Е. П., Харламенкова Н. Е.** Феномен человеческого самоутверждения. – СПб.: Алетейя, 2000. – 224 с.
20. **Фрейд А.** Психология Я и защитные механизмы. – М.: Педагогика-пресс, 1993. – 140 с.



DOI: [10.15293/2226-3365.1603.04](https://doi.org/10.15293/2226-3365.1603.04)

Natalia Gennadjevna Borok, Masters's Degree of Clinical Psychology, Clinical Psychology and Psychophysiology Department, Pushkin Leningrad State University, Saint-Petersburg, Russian Federation
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4249-5051>
E-mail: shabanova_spb@mail.ru

Mikhail Albertovich Subotyalov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Anatomy, Physiology and Life Safety, Novosibirsk State Pedagogical University, Fundamental Medicine Department, Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russian Federation
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8633-1254>
E-mail: subotyalov@yandex.ru

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF ALCOHOL ADDICTS DURING THE SECOND STAGE OF ALCOHOLISM

Abstract

In recent years the question of alcohol rehabilitation has moved from the medical and biological fields to the social and psychological areas. Recent developments have heightened the issue of key personality differences between addicts and non-addicts. Relying on these key differences can contribute greatly to effectiveness of rehabilitation programs. The purpose of present study was to identify the personality changes of alcohol addicted people applying methods of psychological assessment. The experimental group consisted of male alcohol addicts (the second stage of alcoholism) and the control group was represented by non-addicted males.

A variety of psychological methods were used to identify the level of social frustration, anxiety, locus of control, defense mechanisms, and self-evaluation.

The study showed some key differences between alcohol addicts and the control group.

External locus of control of alcohol-addicted patients was 69% lower compared to non-addicts.

The internal locus of control was identified in the control group of non-addicted people. Only 19% of alcohol addicts demonstrated an optimal aspiration level. The obtained results proved immaturity of alcohol addicts, their inability to set targets and low interest in self-development. Leading defense mechanisms indicate that alcohol addicts refuse to solve problems in a productive way. The alcohol addicts demonstrated the level of social frustration 51% lower than the control group of non-addicted people. These differences are extremely important for understanding the mechanism of escape into alcoholism. The study showed significant differences in self-evaluation, the level of anxiety, the tension of defense mechanisms, and locus of control.

Keywords

Alcoholism, abnormal behaviour, social problems, self-evaluation, anxiety, locus of control social problems, defense mechanisms.

REFERENCES

1. Dacid Zaridze. Alcohol and morality in Russia, prospective observational study of 151 000 adults. *Lancet*. 2014, vol. 9927, no. 383, pp. 1465–1473.



2. Aizman R. I., Bubnov V. G., Rubanovich V. B., Subotyalov M. A. *Foundations of medical knowledge*. Novosibirsk, Moscow, ARTA Publ., 2011, 224 p. (In Russian)
3. Subotyalov M. A., Druzhinin V. Yu. Psychosomatic approach in traditional ayurvedic medicine. *Tomsk Government University Journal*. 2013, no. 4 (24), pp. 169–172. (In Russian)
4. Aizman R. I., Minenkova A. S. Neurodynamic and psychophysiological features of substance-users boys. *Siberian psychological journal*. 2007, no. 5, pp. 277–290. (In Russian)
5. Lisitsin Yu. P., Kopit N. Ya. *Alcoholism (Socio-sanitary aspects)*. Moscow, Medicine Publ., 1978, 232 p. (In Russian)
6. Voronin R. M., Datiy A. V., Kuznetsova A. C. Psychological peculiarities of the personality of the convicted, patients with alcoholism. *Ugolovno-ispolnitelskoe pravo*. 2015, no. 4, pp. 79–82. (In Russian)
7. Latintseva A. N., Savinkova A. A., Agupova I. B. A study of suicide risk in patients with alcohol dependence. *Scientific-medical journal Central Chernozemya*. 2015, no. 59, pp. 79–85. (In Russian)
8. Merinov A. V. Autoaggressive and clinical and psychological characteristics of parasuicidal men with alcohol dependence. *Narcology*. 2011, vol. 10, no. 8 (116), pp. 72–77 (In Russian)
9. Rean A. A. *Psychology study of personality*. S. Petersburg, V. A. Mikhailov Publ., 1999, 288 p. (In Russian)
10. Molchanova E. S., Karagaplov V., Rybina N., Kislov P., Mavlyavieva E. The difference in the intensity of psychological defense mechanisms in schizophrenia between men and women: «Adaptive» projection of schizis? *Journal of Kyrgyzsko-Rossiyskiy Slavyanskiy University*. 2003, no. 7, 137 p. (In Russian).
11. Korolenko Ts. P., Zavjalov V. Yu. *Personality and alcohol*. Novosibirsk, Nauka Publ., 1987, 168 p. (In Russian)
12. Lutsenko E. L., Gabelkova O. E. Identification the typology of individuals with various forms of health saving / health damaging behaviors. *Journal of Psychophysiology*. 2014, no. 4, pp. 52–59. (In Russian)
13. Kutashov V. A., Khabarova T. Yu. Clinico-psychological features of identifying suicidal risk in patients with the disease of dependency. *Young researcher*. 2015, no. 14, pp. 69–73. (In Russian)
14. Mulder Roger T. Alcoholism and personality. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*. 2002, vol. 36, no. 1, pp. 44–52.
15. Martin Eric D., Sher Kenneth J. Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*. 1994, vol. 55, pp. 81–90.
16. Raygorodsky D. Ya. *Practical diagnostics*. Samara, BAHRAH-M Publ., 2006, 672 p. (In Russian)
17. Muzdibaev M. K. *Psychology of responsibility*. Leningrad, Nauka Publ., 1983, 240 p. (In Russian)
18. Danili A. *LSD: Hallucinogens, psychedelia and the phenomenon of addiction*. Moscow, Tsentrpoligraf Publ., 2001, 522 p. (In Russian)
19. Nikitin E. P., Harlamenkova N. E. *The phenomenon of human self-assertion*. S. Petersburg, Aleteiya Publ., 2000, 224 p. (In Russian)
20. Freyd A. *Psychology of I am and defense mechanisms*. Translation from eng. Moscow, Pedagogical press Publ., 1993, 140 p. (In Russian)