

1 ОКТ 1993

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи

ГОЛУБ Марга

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ
И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

СПЕЦИАЛЬНОСТИ: 19.00.04 — МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
14.00.45 — НАРКОЛОГИЯ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
1993

Работа выполнена в отделении наркоманий и токсикоманий Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург) и в реабилитационном отделении больницы им. Г. Мереши (г. Будапешт).

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Б. М. ГУЗИКОВ;
кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник В. М. ЗОБНЕВ

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Б. С. ФРОЛОВ;
кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник В. В. БОЧАРОВ

Ведущая организация: факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Защита состоится « 28 » октября 1993 г. в 14 часов на заседании специализированного совета по защите докторских диссертаций (Д 084.13.01) при Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (193019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан « 28 » сентября 1993 г.

Ученый секретарь специализированного совета,
доктор медицинских наук А. М. ШЕРЕШЕВСКИЙ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность тем. Большое число самоубийств, суицидальных попыток и распространение алкоголизма - проблемы многих стран мира, но они особенно касаются Венгрии. Количество потребляемого чистого алкоголя на человека в год в Венгрии достигло 11,7 литра, что соответствует пятому месту в мире по данному показателю. В Венгрии - стране, где традиционно в прошлом было преимущественно распространено употребление вина, в последние годы отдают предпочтение крепким напиткам. Более 10% семейного бюджета граждан уходит на алкоголь. Число лиц, имеющих какие-либо жизненные проблемы связанные с алкоголизацией, в 1990 г. оценивалось примерно в 588 тыс., а число тяжелых алкоголиков приближается к 300 тыс. (при общей численности населения в стране менее 11 миллионов).

В период между двумя мировыми войнами Венгрия уже входила в число стран, ведущих по показателю самоубийств, наряду с Австрией, Германией и Швейцарией. Начиная с 50-х годов, количество самоубийств в Венгрии непрерывно росло, в отличие от упомянутых стран, где этот показатель сохраняется примерно на одинаковом уровне. В 1991 г. в Венгрии покончили с собой 4146 человек, т. е. по принятому в медицинской статистике показателю - более 38 на 100 тыс. населения в год.

Исследователи уже давно отметили высокую частоту совпадения алкоголизма и суицидальных тенденций (А. Caspers, 1925; W. Wieser, 1966; W. Feurlein, 1976; K. Newton, 1989; L. Narsályi, 1976; L. Cselikó, 1977; B. Robins, 1981).

Данные показывают, что самоубийства чаще встречаются у лиц из неблагоприятных общественных слоев, к которым естественно относятся и больные алкоголизмом. По данным Всемирной Организации

Здравоохранения, рост числа суицидов в ряде стран мира тесно связан с распространением алкоголизма. Все это указывает на актуальность проблемы. Необходимость научных исследований в данной области обусловлена и тем, что алкоголизм, и особенно суицидология, были долгие годы запретными темами в бывших социалистических странах, и научных работ в этой области довольно мало.

Результаты научных дискуссий свидетельствуют о том, что специфической личности алкоголика или суицидента обнаружить не удалось, и в то же время ряд исследований показывает, что обоим этим девиантным категориям сопутствуют определенные, типичные жизненные события, психические свойства и их сочетания, которые у них более часты, чем в общей популяции (E. Ritson, 1968; L. Meudel, A. Mezei, 1972; R. Solomon, K. Palinus, 1967; R. Андорка, 1980; B. Kolozsi, 1992).

Цель и задачи исследования. Цель настоящей работы - выявление личностных особенностей больных алкоголизмом, представляющих собой факторы риска в отношении совершения ими суицида, путем клинико-психологического сравнения двух групп пациентов - больных алкоголизмом: имевших в анамнезе суицидальную попытку и не имевших. В соответствии с целью работы были поставлены следующие задачи:

1. Изучение на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях особенностей больных алкоголизмом с суицидальным поведением и без него.

2. Сравнение социальных, социально-психологических и личностных особенностей больных алкоголизмом с суицидальным поведением в анамнезе с характеристиками больных алкоголизмом, не проявивших такого рода девиаций.

3. Выделение на основе полученных данных личностных особенностей больных алкоголизмом, которые могут рассматриваться как факторы риска самоубийства.

4. Оценка выбранных для исследования тестовых методик с точки зрения их пригодности для индикации предрасположенности больных алкоголизмом к совершению суицидных попыток.

Научная новизна работы. Особенностью данной работы является выбор изучаемой популяции, а именно: двух категорий больных алкоголизмом - групп больных алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе и группа больных алкоголизмом, не совершавших суицидальной попытки.

Впервые в исследовании на подобном контингенте испытуемых использовано сочетание тест-методик: методика межличностных отношений Лири, методика влечений Сонди и шкала ценностных ориентаций. Такое сочетание использованных методик даёт возможность сравнить психические особенности на личностном и социально-психологическом уровнях.

Результаты исследования открывают новые пути раннего выявления среди больных алкоголизмом лиц с риском самоубийства, что позволяет своевременно принять к ним превентивные меры и повышает эффективность профилактики суицидов.

Также предложены новые показатели повышенного риска суицида на основе использования психодиагностических методик.

Практическая ценность работы. Проведенное клинико-психологическое исследование больных алкоголизмом с суицидальным поведением и без него позволило полнее изучить течение болезни, социальные характеристики и личностные особенности. Установлены сходства и различия между указанными группами больных. На основании результатов исследования появилась дополнительная возможность выявления факторов, наличие которых должно настаора-

живать специалиста, психиатра или психолога, работающего с больными алкоголизмом, в отношении повышенного риска суицида.

Всё это может способствовать:

- а) повышению эффективности первичной и вторичной профилактики путём облегчения выявления лиц с риском суицида в среде больных алкоголизмом;
- б) более целенаправленному выбору методов психотерапии.

Структура и объём работы.

Диссертация изложена на 114 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, четырех глав и выводов. Библиографический указатель включает 126 наименований, из: 18 отечественных и 108 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 36 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Объект исследования составили больные алкоголизмом развёрнутой (II) стадии заболевания, мужского пола, в возрасте от 20 до 60 лет. Все испытуемые имели как минимум законченное восьмилетнее образование. В исследовании не вошли больные, у которых в картине болезни, кроме хронического алкоголизма, отмечались симптомы психических заболеваний, а также больные с выраженной социопатической личностной структурой. В исследовании не участвовали больные алкоголизмом с попыткой самоубийства в психотическом состоянии.

Все исследованные больные были разделены на две группы. Контрольная группа: больные алкоголизмом без суицидальной попытки и без конкретных мыслей о самоубийстве в течение жизни - 60 человек. Основная группа: больные алкоголизмом, имевшие одну или несколько суицидальных попыток - 60 человек.

В основной группе 51,6% больных совершили суицидальную попытку I раз, 35,0% - 2+4 раза, 13,3% больных - 5 и более раз. Наиболее частыми причинами попыток самоубийства были семейные конфликты (33,3%), чувство "полного краха", недовольство собой (21,7%) и разочарование в любви (16,7%).

Обследованные больные находились на лечении от алкоголизма в реабилитационной части психиатрического отделения больницы им. Густава Мерени в Будапеште.

В соответствии с целями и задачами работы использовались следующие методики:

I. Клиническое интервью. Оно проводилось в форме структурированной беседы на основе краткой анкеты, разработанной автором специально для настоящего исследования. Целью беседы

была регистрация данных о жизни больных и выявление некоторых психических характеристик, которые в соответствии с гипотезами настоящего исследования могли бы дать необходимую информацию. Другой целью беседы-интервью было создание оптимальной психологической атмосферы для того, чтобы больные ответственно и охотно выполняли довольно сложные и трудоёмкие психологические тест-методики.

2. Методика межличностных отношений Т.Лири. При помощи этой методики возможно описать свойства личности исследуемых групп больных алкоголизмом. Фундаментальная психологическая методика Т.Лири позволяет делать одновременно несколько измерений. В настоящей работе исследование данной методикой проводилось с каждым испытуемым трижды. Сначала изучалось отношение больных алкоголизмом к себе ("как я вижу самого себя"), затем - представление идеального "Я" ("каким я хотел бы быть") и в конце измерялась так называемая отраженная самооценка ("я глазами значимого человека").

3. Тест Л.Сонди. Методика направлена на выявление глубинно-психологических свойств личности. Являясь проективной (в отличие от остальных использованных в данной работе методик), она исключает возможность сознательного искажения пациентами их ответов.

4. Шкала ценностных ориентаций, разработанная А.П.Марьяненко и адаптированная для венгерской популяции Л.Соболевой.

Такое сочетание использованных методик дало возможность сравнить две исследованные группы больных алкоголизмом на разных уровнях: социальном, социально-психологическом и личностном.

Результаты исследования. Клиническая беседа с использованием фиксированных вопросов психологического интервью позволила выявить особенности социально-психологического функционирования 120 больных алкоголизмом, условия их жизни и воспитания в родительской семье. По полученным данным наблюдается различие между группой больных алкоголизмом с суицидальным поведением (основная группа) и без него (контрольная группа) в отношении того, кем они были воспитаны в детстве. Больные алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе более часто воспитывались в неполной семье или вообще вне семьи. 8% больных основной группы выросли в воспитательном учреждении без родителей. В контрольной группе воспитанников детских домов не было.

Данные позволяют сделать вывод о большей дисгармоничности в родительских семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением, по сравнению, с больными без попытки самоубийства. Больные основной группы росли в среде, где риск психической травматизации был значительно выше. Было исследовано, какие отрицательные образцы поведения и каким образом повлияли на патологическое развитие личности больных. Удалось выявить три отрицательных образца поведения: злоупотребление алкоголем родителями, психическое заболевание у родителей и суицидальное поведение у родителей. Значительное количество пациентов обеих групп указали на злоупотребление алкоголем их родителей: 41% ответов в основной группе и 35% - в контрольной. Психические заболевания наблюдались у 10% членов основной группы и не встречались в контрольной группе ($p \leq 0,05$). Различия были наиболее выражены в отношении суицидального поведения родителей. В основной группе 15% больных сообщили о том, что хотя бы один из родителей имел в течение жизни суицидальную попытку; в

контрольной группе число таких ответов было лишь у 1,6% ($p \leq 0,01$). В контрольной группе не выявлено ни одного пациента, у которого вышеуказанные все три фактора присутствовали бы одновременно. В основной группе таких больных было три. Сочетание двух неблагоприятных факторов в контрольной группе было у одного пациента, в основной группе - у семи.

Между двумя исследованными группами больных алкоголизмом не имелось резких различий в семейном положении во время обследования. Обращает внимание высокий процент разведённых пациентов, почти каждый второй из испытуемых официально является разведённым. Независимо от официального семейного положения, больные алкоголизмом, которые имели в анамнезе суицидальную попытку, чаще живут одиноко. В контрольной группе каждый второй испытуемый проживает совместно со своей супругой или со своей подругой, в общей квартире. В основной группе таких пациентов было лишь 26,6%. Печальный факт, что каждый седьмой испытуемый из основной группы живёт в общежитии для рабочих (а следовательно в современных социально-экономических условиях страны рискует пополнить категорию бездомных), в контрольной группе таких лиц было лишь 1,6%.

Были собраны сведения о занятости обследованных пациентов. Явных различий по уровню образования между двумя исследованными группами не обнаружено. Обращает на себя внимание лишь тот факт, что среди больных основной группы несколько меньше людей с высшим образованием, соответственно 7% и 16%. Представляет интерес анализ профессий и квалификации больных обеих групп, их трудовой занятости. Из результатов видно, что больные алкоголизмом без суицидального поведения чаще, чем пациенты основной группы, выполняют работу, соответствующую уровню их

профессиональной квалификации (76,6% и 51,6%). Для больных алкоголизмом с суицидальными попытками более характерен низкий профессиональный уровень выполняемой ими работы. Работу значительно ниже своей квалификации выполняют 10% больных основной группы и 3,3% больных контрольной. В основной группе 10% не имели работы в момент исследования, в контрольной группе число безработных составило лишь 1,6%. С позиции занятости положение больных в группе с суицидальным поведением оказалось ещё более неблагоприятным, если учесть количество лиц, находящихся на пенсии. В контрольной группе пенсионеров лишь 1,6%, а в основной - 11,7%. Следует отметить, что в Венгрии возраст выхода на пенсию у мужчин обычно 60 лет. Все наши испытуемые были моложе. Полученные нами данные позволяют предположить, что социально-психологическая дезадаптация больных алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе имеет глубокие социальные корни и обусловлена искажением типичных форм и способов социализации в детском возрасте и усугубляется социальным неблагополучием во взрослой жизни. Эти лица чаще отказываются от трудовой деятельности, у них понижена устойчивость к повседневным жизненным трудностям, они недостаточно выносливы и склонны к безразличию.

В клинической беседе также выяснилось влияние спиртных напитков на психику испытуемых. Суициденты часто признавали свою раздражительность, вспыльчивость и агрессивность в состоянии алкогольного опьянения. Таким образом, данные исследования показали большую частоту агрессивного поведения у больных с суицидальными попытками в состоянии алкогольного опьянения, по сравнению с больными алкоголизмом контрольной группы (соответственно 53% и 16%). Эти проявления суициденты оценивают как чуждые их "Я". Напротив, для больных контрольной группы

не свойственны столь резкие различия между уровням их аффективных проявлений в состоянии опьянения и в состоянии абстиненции.

Пациенты были опрошены также о том, как они относятся к своей болезни. Больные с суицидальным поведением чаще (45%) по сравнению с контрольной группой (30%) признавали наличие у себя алкогольной болезни и оценивали это как ненормальное явление. Они старались найти причины своего алкоголизма и признавали отрицательные последствия патологического влечения к алкоголю для себя и окружающих. Они понимали, что преодолеть алкоголизм возможно только путём полного отказа от спиртного, и тяжело переживали рецидивы заболевания. Если предположить, что алкогольная анозогнозия представляет собой разновидность психологической защиты (что существенно затрудняет проведение эффективной психотерапевтической помощи наркологическим больным), то признание больными с суицидальным поведением наличие у них хронического заболевания, может свидетельствовать об ослаблении их психологической защиты, что в свою очередь может приводить их к мысли о никчемности собственного бытия и деформации интерперсональных отношений.

Полученные с помощью методики Т.Лири экспериментальные данные выявили на статистически достоверном уровне ($p \leq 0,001$) различия основной и контрольной групп по оси "доминантность". В основной группе 21%, в контрольной группе 50% больных имели по этому параметру положительную оценку, следовательно больные алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе, по сравнению с контрольной группой, характеризуются как более зависимые, подчиненные. Отличий основной и контрольной групп по оси "любви-ненависти" не обнаружено. Больные обеих групп описывают себя как эмоционально теплых, открытых. По этому параметру

в обеих группах 86% пациентов имели положительные оценки. Представляет интерес распределение испытуемых по 8 октантам методики Т.Лири, при исследовании "отношения к себе". Наибольший интерес, с нашей точки зрения, представляет VI октанта (7 К), так как почти каждый второй больной (48,3%) из основной группы испытуемых попал в эту октанту, а из контрольной группы в неё вошли лишь II, 6%. Такие люди, с точки зрения доминантности, в интерпретации Т.Лири, представляют собой относительно слабый тип личности. Для них характерна зависимость, доходящая иногда до беспомощности, чаще всего они пассивны. В межличностных отношениях они ждут от партнёра сочувствия, помощи и управления. Они нерешительны и своим поведением выражают готовность к зависимости. Очевидные различия также полученные в октанте УШ (N O): больные контрольной группы в три раза чаще (33,3%), по сравнению с основной группой (10%), относились к этому типу личностного поведения. Это доминантные, независимые люди, отличающиеся большой жизненной активностью, готовые помогать другим, делом и словом. Их поведение конвенционально и характеризуется ответственностью, рациональностью, бескорытием. Обычно такие люди имеют положительную самооценку. VII октанта (L M) находится между зонами 7 К и N O. По оси доминантности VII октанта занимает промежуточное положение. В интерпретации Т.Лири это социабельные люди, чувствующие себя хорошо в гармоничных интерперсональных отношениях. Они с удовольствием кооперируются по конвенциональным нормам, но легко меняют свои ценности под влиянием других, демонстрируя конформность и стараясь слиться со своим окружением. Октанта УII (L M) в обеих обследованных группах больных алкоголизмом встречается довольно часто (25% в основной группе и 38% в контрольной). Остальные октанты (AP, BC, DE, FG, H) встречаются

у обеих групп довольно редко). Больные контрольной группы положительно оценивали свои качества, больные алкоголизмом с суицидальным поведением чаще характеризовали себя как зависимые, подчиненные и их самооценка, как правило, была заниженной.

При исследовании "Я-идеала" испытуемые должны были с помощью утверждений методики Т.Лири описать, какими они хотели быть, какими свойствами хотели бы обладать, независимо от того, каковы они на самом деле. Анализ полученных экспериментальных данных, показал, что результаты в обеих группах очень похожи, достоверных различий между ними не обнаружено. Больные в 60% случаев хотели бы относиться к УШ октанте (N 0). Вторая желательная для них октанта- I (AP). Люди относящиеся к октанте AP, характеризуются как управляющие, авторитаричные. Источником их самооценки является сильная амбиция. В межличностном поведении они открыты, что отражает их психическую силу, энергию и доминантность. Своим поведением такие люди обычно стараются добиться признания и повиновения у окружения. Такими свойствами хотели бы обладать около 20% обследованных пациентов. Интересны и полученные данные о степени удаления "Я-идеала" от зоны самооценки образа "Я". В среднем это расстояние в контрольной группе равно 0,96 зоны, что означает совпадение самооценок "Я" и "Я-идеала", либо их попадание в соседние зоны. В основной группе испытуемых этот показатель равен 1,65. Следовательно, у больных алкоголизмом с суицидальными попытками "Я-идеал" чаще, по сравнению с больными контрольной группы, попадал либо в соседнюю самооценку "Я" октанту, либо через одну от неё зону. В основной группе больных нередко встречались случаи, когда самооценка "Я-идеала" находилась в противоположной самооценке "Я" октанте. Больные основной группы (10%) имели крайний разброс самооценки, в контрольной группе таких несоответствий не встречалось. Наоборот,

здесь у довольно большого числа испытуемых (43% по сравнению с 13% в основной группе) оценки "Я" и "Я-идеал" попали в одну и ту же октанту. О таких людях можно сказать, что они в основном довольны собой и хотели бы быть именно такими, какими они и представляются себе в своих самооценках. При исследовании "Я-идеала" нашли подтверждение основные результаты, полученные в предыдущей части эксперимента. Большая дистанция идеального и реального "Я" указывает на низкую самооценку больных алкоголизмом с суицидальными попытками: чем менее достижимым кажется идеал, тем вероятнее наличие неадекватного отношения к себе, особенно, если - как в нашем случае - больные себя недооценивают. Поскольку самохарактеристика больных контрольной группы далеко не совпадает с образом больного алкоголизмом, представленного в оценках клиницистов, мы можем предположить наличие у них низкого уровня самопознания. Больные часто смешивали представления об "идеальном Я" и своём реальном "Я". Эти понятия для них как бы сливались, их раздельное восприятие было затруднено. Такие люди, как правило, не склонны к глубокому самоанализу своего поведения и интроспекции.

При исследовании так называемых "отраженных самооценок" испытуемые должны были назвать значимого, авторитетного для них человека. Это лицо можно было выбрать из круга близких знакомых, среди членов своей семьи, родственников, друзей, приятелей, коллег по работе и т.д. Больные основной группы часто (в 23% случаев) в качестве значимых лиц выбирали одного из своих родителей, что может объясняться зависимостью, как личностным свойством пациентов. Повышенная привязанность к родителям в период зрелости свидетельствует о наличии у них инфантильных черт. Эту гипотезу подтверждает и то обстоятельство, что больные с суицидальным поведением чаще выбирали в качестве значимых людей, которые

изначально и просто по своему статусу являлись для них авторитетами: родители, лечащий врач, школьный учитель. В контрольной группе таких пациентов было 8,3%, по сравнению с 33,2% в основной группе. О бедности социальных контактов в основной группе свидетельствует и то, что 13% из числа этих больных не смогли назвать близких значимых других и лишь по причине необходимости выбрать кого-либо, называли соседа, врача, преподавателя. Отраженная самооценка больных алкоголизмом контрольной группы характеризуется большей степенью доминантности, по сравнению с оценками больных алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе. Больные основной группы чаще (18,3%), чем больные контрольной группы (1,6%), имели большую дистанцию (в зонах 3 или 4) между самооценкой "Я" и "отраженным Я". Это, по нашему мнению, говорит о недостаточном понимании поступков и поведения больных с суицидальными попытками со стороны значимых для них лиц. В межличностных отношениях это часто приводит к обидам, конфликтам, сужению круга и снижению доверительности общения. Больные алкоголизмом без суицидального поведения чаще (в 43,3% случаев) имели совпадение (дистанция 0) самооценок "идеального Я" и "отраженного Я" по сравнению с больными, совершавшими суицидальные попытки (18,3%). Таким образом, в контрольной группе среднее арифметическое расстояние между двумя данными ими самооценками меньше, чем в основной группе. Это еще раз подтверждает неадекватность самооценок (в сторону их занижения) больных основной группы, что и определяет, по-видимому, неспособность суицидентов переносить житейские трудности и последствия собственной алкоголизации.

По результатам тестирования по методике Л.Сонди, можно в первую очередь подчеркнуть сходство сферы инстинктов больных двух обследованных категорий. Такой результат можно было ожидать

в виду общности для обеих групп их основного заболевания - алкоголизма. Достоверных различий по вектору сексуального влечения (S) в двух обследованных группах не обнаружено, нет, соответственно и различий по факторам, входящим в этот вектор. По фактору " h " наиболее часто наблюдается " $h +$ " реакция в обеих группах (41% случаев в основной группе и 43% в контрольной). По фактору " j " чаще всего были получены "минус" реакции ($j -$). В основной группе 46% больных отдали предпочтение фактору " $j -$ " и 44% в контрольной. Это говорит о важности для больных таких чувств как любовь и нежность, о наличии у них феминистских черт. Такие люди часто склонны к пассивности, подвержены аутоагрессии. Они склонны к сублимации, часто сами портят себе жизнь. По Л.Сонди, при потере эмоционально значимого для них объекта, такие люди стремятся к обособлению и свою агрессию направляют против самих себя (страх, параноидность, депрессия), утрату они часто компенсируют тем, что начинают переедать, курить, злоупотреблять алкоголем или наркотиками.

По вектору "P", фактор "e", результаты в двух исследованных группах довольно сходны. В обеих группах наиболее часто (31,3%) встречается реакция "e+". Что касается фактора " hy ", то здесь наблюдались достоверные различия в обследованных группах ($p=0,01$). Различия больше всего проявляются в реакциях " $hy +$ " и " $hy \pm$ ". Реакция " $hy +$ " чаще характерна для больных алкоголизмом без суицидального поведения. Реакция такого типа связана с желанием выставить себя напоказ, стремлением быть в центре внимания, эксгибиционизмом и стремлением к самореализации. Такие люди хотят выглядеть лучше, чем они есть на самом деле. Реакция " $hy \pm$ " чаще встречается у больных с суицидальным

поведением. Такая реакция говорит об их амбивалентности: желании быть в центре внимания, показать себя и одновременно желании спрятаться. Эта амбивалентность, как правило, сопровождается сильным аффективным напряжением, такие люди часто дают разрядку в форме грубых аффектов ярости, при этом постоянно переживают по этому поводу, часто впадают в тоскливое состояние.

В векторе "Sc₁₁" чаще всего встречается "к-"реакция, указывающая на тенденцию приспособления к коллективу, а также склонность к реакциям отказа и вытеснения, к индивидуальной деструкции. В крайних случаях возникает опасность негативизма, суицидальных мыслей, ирреальных переживаний, отчуждение. Реакция "к-" была получена в 36,3% случаев, всех опрошенных. По фактору "р" в обеих группах чаще всего встречалась реакция "р+", она составила 37,9% всех случаев. Такие лица имеют сильный "Я-идеал". В экстремальных случаях наблюдается самовозвеличивание и аморфные амбиции параноидного характера. Высокий уровень притязаний с одной стороны, и ограниченные способности, с другой, могут привести к нереализованности желаний, в результате чего часто развивается антисоциальность, картина поведения "непонятого гения".

Данные, полученные по вектору влечения к контакту (С), показывают, что для больных в обеих группах характерно цепко держаться за уже найденный ими объект любви и не стремиться найти новый объект (С о +). Для больных типична реакция отказа от собственного "Я", он и не способен заменить привычный объект другим (С - +).

У больных алкоголизмом, независимо от наличия в их анамнезе попытки суицида, с большой частотой были выявлены признаки оральности, деструктивности, внутреннее беспокойство, избегание

конфликтов, готовность к зависимости. Можно отметить, что в группе суицидентов перечисленные особенности проявились несколько более выпукло. В тоже время эмоциональная жизнь больных основной группы оказалась более амбивалентной.

При анализе данных экспериментального исследования ценностных ориентаций больных алкоголизмом без суицидального поведения и больных алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе стало очевидно, что эти группы имеют профили похожие по основным жизненным ценностям, но наблюдались и некоторые различия. Меньше всего испытуемые придавали значения ценностям по субшкалам МЗ ("активная общественная направленность") и МІВ ("нонконформизм"). Обращает внимание тенденция занижения средних показателей, изучавшихся ценностных ориентаций, основной группой. Исключение составляет лишь субшкала МІІ ("конформизм в обществе"), где больные основной группы дают более высокие оценки. Более выраженный конформизм больных алкоголизмом с суицидальными попытками обусловлен, на наш взгляд, неосознанным желанием этих больных обладать большими способностями к успешной социальной адаптации, в действительности затрудненной их недостаточным положительным социальным опытом, личностными особенностями и отрицательными социальными последствиями хронической алкоголизации. Качественный анализ наиболее информативных утверждений шкалы "ценностные ориентации личности" позволил выявить характерные для больных алкоголизмом с суицидальными попытками тенденции к самоизоляции, недостаточное стремление к новым дружеским и партнерским контактам.

Кроме того, полученные результаты выявили тенденцию больных суицидентов к крайним ответам при выборе ими значимых жизненных ценностей по использованной методике, что свидетельствует о сниженной способности этих пациентов к компромиссам и склонности к поведенческим реакциям по принципу "всё или ничего".

ВЫВОДЫ

1. В семьях больных алкоголизмом с попыткой суицида чаще, чем в семьях больных алкоголизмом без такой попытки, встречались различные формы девиантного поведения. В связи с этим в их взрослой жизни девиации также имели более грубый характер и приводили к выраженной дезадаптации.
2. Больные алкоголизмом с суицидальными попытками в анамнезе статистически достоверно ($p \leq 0,01$) отличаются от больных алкоголизмом без суицидального поведения по следующим социальным характеристикам:
 - исполняют менее квалифицированную работу относительно полученной профессии или образования;
 - живут, не имея собственной семьи и часто проживают в общежитиях;
 - получают пособие ранее достижения пенсионного возраста, вследствие общего заболевания;
 - получают пособие по безработице и не предпринимают попыток к трудоустройству;
3. Экспериментально клинико-психологическое исследование личностных особенностей группы больных алкоголизмом с суицидальными попытками (по сравнению с больными алкоголизмом без попыток суицида) позволило выявить такие типичные характеристики, как:
 - повышенный конформизм;
 - склонность к зависимости и подчиненности, пассивность;
 - значительное расхождение идеального и реального "Я" - образа;

- низкая самооценка ;
- в повседневной жизни "движение по линии наименьшего сопротивления";
- амбивалентность в стремлении к самовыражению;
- проявление чуждых личности больного реакций в состоянии алкогольного опьянения.

Сочетание ряда вышеперечисленных социальных, социально-психологических и личностных характеристик больных алкоголизмом может рассматриваться как фактор риска самоубийства.

4. Для больных алкоголизмом без суицидального поведения (по сравнению с больными алкоголизмом с такими попытками)

более характерны:

- позитивная самооценка, сходство между идеальным и реальным образом "Я";
- низкая способность понимания своих желаний и чувств, неспособность к самоанализу;
- стремление показать себя в лучшем свете;
- отсутствие адекватной оценки своего болезненного состояния.

5. Алкоголизация больных с суицидальными попытками носит злокачественный характер и характеризуется повышенной агрессивностью в состоянии алкогольного опьянения, высоким уровнем астенизации и депрессии в абстиненции.

6. Необходимость преодоления в процессе терапии не критичности больных алкоголизмом по отношению к своему заболеванию, может обусловить обострение восприятия больными алкоголизмом

с суицидальными тенденциями отрицательных последствий их пьянства, породить чувство безысходности в жизни и привести к повторному суициду; это определяет необходимость применения специальной психотерапевтической тактики, позволяющей сохранить основные защитные психологические механизмы и одновременно достичь осознания болезни.

7. Несмотря на наличие у больных алкоголизмом с суицидальными попытками выраженной потребности в конформизме, у них выявлена пониженная способность к компромиссам в критических жизненных ситуациях, по сравнению с группой больных алкоголизмом без суицидальных тенденций.
8. Полученные с помощью социально-психологической методики ценностных ориентаций и с помощью теста Л.Сонди, характеристики личности больного алкоголизмом, не дают достаточных оснований для однозначного суждения об опасности совершения суицида. Результаты в сравниваемых группах, полученные по этим методикам, имеют больше сходства, чем различия. Тест Т.Лири, напротив, в значительной степени даёт основания для индикации предрасположенности личности к совершению суицидальной попытки.