

ИЗ ФОНДОВ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БИБЛИОТЕКИ

Усачева, Елена Михайловна

1. Социально-психологические аспекты суицидальных
отравлений у детей и подростков

1.1. Российская государственная Библиотека

Усачева, Елена Михайловна

Социально-психологические аспекты
суицидальных отравлений у детей и подростков
[Электронный ресурс]: Дис. ... канд.
психол. наук : 19.00.05 .-М.: РГБ, 2005 (Из
фондов Российской Государственной Библиотеки)

Социальная психология

Полный текст:

<http://diss.rsl.ru/diss/05/0320/050320014.pdf>

Текст воспроизводится по экземпляру,
находящемуся в фонде РГБ:

Усачева, Елена Михайловна

Социально-психологические аспекты
суицидальных отравлений у детей и подростков

Ярославль 2004

Российская государственная Библиотека, 2005
эод (электронный текст).

61:05-19/216

Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

На правах рукописи



УСАЧЕВА Елена Михайловна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СУИЦИДАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Специальность 19.00.05 – социальная психология

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель –
доктор психологических наук, профессор
Козлов Владимир Васильевич

Научный консультант –
доктор медицинских наук, профессор
Суходолова Галина Николаевна

Ярославль – 2005

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ	
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	11
1.1. Исторические предпосылки суицидального поведения	11
1.2. Научные теории и основные теоретические аспекты суицидального поведения	17
1.3 Структура и классификация суицидального поведения	27
1.4 Особенности суицидального поведения детей и подростков.....	43
Глава 2. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ЭМПИРИЧЕСКОГО	
ИССЛЕДОВАНИЯ	67
2.1. Материал и методы исследования	67
2.2. Анализ и обсуждение результатов	70
Глава 3. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СОМАТИЧЕСКОГО	
ПРОФИЛЯ.....	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	120
БИБЛИОГРАФИЯ	122
ПРИЛОЖЕНИЕ	135

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Работа посвящена теоретическому и экспериментальному исследованию социально-психологических аспектов суициального поведения детей и подростков.

В последние десятилетия проблема суициального поведения детей и подростков приобретает все большую актуальность. Уровень самоубийств среди населения России и других экономически развитых стран мира неуклонно растет. В возрастной группе 5 – 14 лет за последние десять лет удвоилось количество самоубийств. По данным разных авторов, каждый год от 2 до 10% учащихся школ и системы профессионального образования (колледжи, профессиональные училища) совершают суициальную попытку. Ежегодно уходят из жизни около 60 тыс. россиян. Суицид как причина детско-подростковой смертности занимает одно из первых мест наряду с тяжелой врожденной патологией и травматизмом. Частоту завершенных суицидов оценить трудно. Имеются данные о том, что в возрастной группе 5 – 14 лет завершенный суицид встречается с частотой 0,5 – 1,0 на 100 тыс. детей, а в старшем подростковом и юношеском возрасте (15 – 18 лет) этот показатель составляет 12 – 16 на 100 тыс. представителей данной возрастной группы. Это, вероятно, связано с увеличением темпа нашей жизни, подростки, впрочем, как и их родители, не справляются с кризисными ситуациями. В большинстве случаев мы встречались с недоумением взрослых по поводу суицида их детей и растерянность, так как, чаще всего пусковым моментом была, например, незначительная, по мнению взрослых, обида. А она являлась только вершиной айсберга непонимания, длительной фрустрации ребенка. В 80% случаев суициальное поведение в детско-подростковом возрасте обусловлено внутрисемейными конфликтами.

По данным разных авторов на один завершенный суицид в возрастной группе до 11 лет приходится 14 суициальных попыток. К подростковому

возрасту этот показатель увеличивается и на один завершенный суицид приходится 100 суицидальных попыток.

Часто задают вопрос о том, что можно сделать для подростка, который решил уйти из жизни и можно ли его переубедить. Далеко не все они обращаются за медицинской или психологической помощью. Однако есть данные, по которым около 50% людей намеревающихся покончить с собой обращаются за профессиональной помощью, таким образом, давая возможность превентивного вмешательства.

Представление о том, что суицидента нельзя отвратить от принятого им решения, базируется на неверном предположении о неотвратимости суициального намерения у самоубийцы. В работах известных американских суицидологов Н. Фарбероу и Э. Шнейдмана (N. Farberow, 1988; E. Shneidman, 1991, 1996) сам факт суицида трактуется как своеобразный призыв к окружающим, «крик о помощи». Именно потребность суицидента в живом человеческом участии, готовность принять предлагаемую ему помощь служат основанием для возможности организовать профилактику самоубийств. В этом и состоит гуманистическая сущность суицидологической превенции.

Проблема суицидологической превенции, в т.ч. и повторных суицидов, является актуальной и требует вмешательства ряда специалистов: психологов, психиатров, педагогов.

Степень научной разработанности проблемы. В России XX в. суицидальное поведение долго рассматривалось только лишь в рамках душевных болезней. В 80-х годах прошлого столетия группой ученых во главе с А.Г. Амбрумовой был создан Всесоюзный научно-методический суицидологический центр, а также разработана концепция суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Среди публикаций по детской суицидологии основное место занимают исследования суицидальных проявлений у детей и подростков с депрессивными расстройствами и шизофренией (В.В. Ковалев, 1973; А.Е. Личко, 1977; А.Г. Амбрумова,

Е.М. Вроно, 1983; Н.В. Конончук, 1991; Я.М. Славгородский, 2000). Подробно изучены суицидальные и противосуицидальные мотивационные комплексы, связь суицидального поведения подростков с другими видами девиаций (Ю.Р. Вагин, 1999). Семья, как малая социальная группа и условия воспитания в семье как фактор социально-психологической адаптации изучены подробно без связи с суицидальным поведением (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий, 2000). В работах, посвященных суицидологическим исследованиям (А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, 1980; Ю.Р. Вагин, 1999), указывается, что среди способов покушений на самоубийство ведущее место занимают самоотравления. Нам не встретилось ни одной работы, в которой рассматривались бы социально – психологические аспекты суицидальных отравлений в детско-подростковом возрасте.

Актуальность проведения исследования на однородной по способу совершения суицидальной попытке группе, обусловлена появлением данных о зависимости течения пресуицидального периода, в том числе выбора способа суицида и характере постсуицидального состояния, а также эффективности коррекционно-реабилитационной работы.

Среди публикаций по детской суицидологии нам не встретилось ни одной работы, в которой рассматривались бы социально-психологические аспекты суицидальных отравлений в детско-подростковом возрасте.

Этот факт объясняется, с одной стороны, тем, что суициденты, совершившие самоотравление, направляются в соматический стационар для детоксикации и не всегда попадают в поле зрения психологов и психиатров.

С другой стороны, проблема малой изученности данной проблемы связана с тем, что семьи детей и подростков, совершивших суицидальную попытку, не хотят идти на контакт со специалистами, считая данную проблему сугубо семейной. Это также обусловило наш интерес к исследованию именно данного контингента суицидентов, а также исследование семейно обусловленных состояний, приводящих к дезадаптации и психологическому кризису, и его крайнему проявлению – суициду (В.В. Козлов, 1999).

Нельзя не отметить также, что составление психокоррекционных программ, адаптированных для данного контингента, определяется несомненной важностью с точки зрения предупреждения повторных суицидальных попыток.

Таким образом, острота проблемы суицидов в обществе и, особенно, в данной возрастной группе, недостаточность исследований в социально-психологическом аспекте, обуславливает актуальность настоящего исследования. Актуальной является разработка психокоррекционной программы, сочетающей в себе различные методы психотерапии, направленной на профилактику и коррекцию эмоционально-личностной сферы и семейного воспитания.

Сочетание высокой теоретической и практической значимости с недостаточной научной проработкой проблемы социально-психологических аспектов суицидального поведения детей и подростков обусловило актуальность исследования и разработку его цели.

Цель исследования – оптимизация психодиагностической и коррекционной работы психолога соматического стационара на основе выявления социально-психологических факторов суицидальных отравлений в детском и подростковом возрасте. Для реализации поставленной цели нами были определены следующие задачи:

1. Изучить и систематизировать социально – психологические теории и концепции отечественных и зарубежных авторов в области суицидологии.
2. Выявить индивидуально-личностные особенности суицидентов, характер семейных отношений и социально – психологические особенности их семей.
3. Уточнить мотивы преднамеренных отравлений суицидального характера в данной возрастной группе.
4. Составить программу коррекционного воздействия, основанную на интегративной модели психокоррекции.

5. Разработать практические рекомендации по диагностической и коррекционной работе с детьми и подростками, адаптированной к условиям соматического стационара.

Объектом исследования явились социально-психологические аспекты суицидального поведения.

Предметом исследования явились индивидуально-личностные особенности суицидентов данной возрастной группы и социально-психологические характеристики их семей.

Гипотеза исследования:

Выявление социально-психологических аспектов суицидального поведения позволит оптимизировать психокоррекционное воздействие в постсуицидальном периоде с целью профилактики повторных суицидальных попыток.

Теоретико-методологическую основу работы составили основные положения отечественных и зарубежных психологических, психотерапевтических и психиатрических школ, имеющих социально-психологическую направленность. В области социальной психологии, изложенные в трудах Г.А. Андреевой, В.В. Козлова, В.В. Новикова, касающиеся социально-психологической коррекции социальных установок, девиантного поведения, социальной адаптивности детей и подростков. В области социологии: концепция зависимости аутоаггрессивного поведения от внешних, социальных факторов E. Durkheim. В области общей и возрастной психологии: теории деятельности А.Н. Леонтьева, а также теоретических концепций Л.С. Выготского, Л.И. Божович, Д.Б. Эльконина, касающихся процесса становления личности человека в онтогенезе, исследований психологии взросления подростков И.С. Коня. В области детско-подростковой психиатрии: исследования А.Е. Личко, посвященные пограничной патологии и вариантам нормального онтогенеза; исследования В.В. Ковалева, показавшего связь между возрастной психической патологией и социально-психологическими условиями развития. В области суицидологии: теория социально-психологической дез-

даптации личности в условиях микросоциального конфликта А.Г. Амбрумовой, исследования суициdalной и противосуициdalной мотивации Ю.Р. Вагина, принципы превенции суициdalного поведения Е. Shneidman, N. Farberow, исследования Е.М. Вроно, касающиеся индивидуально-психологических особенностей суицидентов детского и подросткового возраста. В области психоанализа: теории суициdalного поведения S. Freud, K.G. Jung. В области детского психоанализа: исследования G. Ammon, показавшего, что в основе суициdalного поведения лежит нарушение взаимоотношений, в т.ч. ранних в диаде «мать-дитя» и теория объектных отношений — M. Klejn, O. Kernberg. В области психотерапии: интегративные методы коррекции детско-родительских отношений Ю.С. Шевченко, принципы групповой психотерапии детей и подростков А.И. Захарова, С.А. Игумнова; метод кататимно-имагинативной психотерапии H. Leuner, бихевиорально-когнитивной психотерапии A. Beck, принципы семейной психотерапии и коррекции семейного воспитания Э.Г. Эйдемиллера, H. Remschmidt at al., J. & R. Bayard.

Методы исследования: теоретический анализ литературных источников по проблеме исследования, клиническое интервью, экспериментально-психологический, а также катамnestический методы. В качестве методического инструментария были использованы следующие методики: Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) (А.Е. Личко, 1977); тест «Суициdalная мотивация» (Ю.Р. Вагин, 1998); Шкала суициdalной интенции (A. Beck, 1999); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (ACB) (Э.Г. Эйдемиллер, 2000); методика «Анализ семейной тревоги» (ACT) (Э.Г. Эйдемиллер, 2000); для оценки эмоционального состояния обследованных пациентов была использована о шкала степени выраженности депрессии (M. Hamilton, 1967).

Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных выводов обеспечивается соответствующим выбором методов теоретического и эмпирического анализа предмета изучения, репрезентативностью выборки

(234 чел.) испытуемых, выбором методов, адекватных целям исследования, применением пакета компьютерных программ статистического анализа.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые в отечественной социальной психологии поставлена проблема изучения социально-психологических аспектов суицидальных попыток, совершенных путем самоотравления в детско-подростковой возрастной категории. Систематизирован теоретический и эмпирический материал по проблеме суициального поведения, выявлены и изучены социально-психологические характеристики семей детей и подростков, совершивших суицидальные отравления.

Теоретическая значимость. Представлена классификация суициального поведения с учетом всех его аспектов. Разработана и апробирована модель психокоррекции суициального поведения детей и подростков.

Практическая значимость работы заключается в разработке программы психокоррекции суициального поведения, адаптированной для работы в детском стационаре соматического профиля, а также внесением в схему обследования суицидентов различных параметров семейной диагностики.

Апробация и внедрение результатов исследования. Диссертационная работа обсуждалась на заседании кафедры социальной и политической психологии Ярославского Государственного университета им. П.Г. Демидова (2004). Результаты работы применяются в учебном процессе кафедры токсикологии РМАПО. Материалы диссертации использованы при составлении программ тематических семинаров в Институте психотерапии и клинической психологии. Основные положения работы доложены на V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии (Москва, 2002), 2-м съезде токсикологов России (Москва, 2003). Официальная аprobация работы состоялась 25 ноября 2004 г. на заседании кафедры социальной и политической психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова. Содержание работы отражено в 6 публикациях автора.

Эмпирическая база исследования. Нами было обследовано 234 ребенка с острыми преднамеренными отравлениями лекарственными препаратами, совершенными с суицидальной целью. Все они находились на стационарном лечении в токсикологическом центре детской городской клинической больницы № 13 им. Н. Ф. Филатова в период с 2002 по 2004 гг. Возраст пациентов варьировал от 8 до 14 лет. Распределение суицидентов по полу показало, что 197 человек – 84% составили девочки, 37 человека – 16% — мальчики. Большинство обследуемых обучались в разных классах массовых школ, в соответствии с возрастом. Семь подростков обучались на первом курсе средних специальных учебных заведений.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Социально-психологические факторы и личностные особенности играют основную роль в формировании суицидального поведения детей и подростков. Отклонения в воспитании, семейные и межличностные отношения обычно выступают как факторы, определяющие формирование личности и способствуют возникновению саморазрушающего поведения.
- Установление личностных и социально-психологических факторов способствует оптимизации диагностики, выбору адекватных методов психокоррекции и профилактике повторных суицидальных попыток в детском и подростковом возрасте.
- Программа психологической коррекции, направленная на реадаптацию ребенка в семье, изменение семейных взаимоотношений, способствует снижению числа повторных суицидальных попыток.

Структура диссертации обусловлена логикой исследования и состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложения. Текст диссертации изложен на 135 страницах, иллюстрирован 13 таблицами, 3 гистограммами, 2 рисунками, диаграммой и графиком.

Публикация результатов. Автором опубликовано 6 работ по теме диссертации, из них – четыре публикации в центральной печати и две работы – тезисы, опубликованные в материалах конференций с участием автора.

Глава 1.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1.1. Исторические предпосылки суицидального поведения

Феномен самоубийства существует столько, сколько существует человеческое общество. Меняется лишь отношение к добровольному уходу из жизни. Попробуем проследить отношение к самоубийству на разных этапах развития общества и в различных культурах.

В древности практически у всех народов существовало ритуальное самоубийство. В первую очередь, это добровольное принесение себя в жертву богам. В древнем Китае имели место случаи самоубийств при строительстве дома или храма, чтобы душа умершего охраняла постройку от злых сил. В древней Индии получили распространение религиозные самоубийства путем утопления и самосожжения, а также массовые жертвенные смерти под колесами огромных колесниц. Сторонники буддизма в отдельных случаях допускали ритуальные самоубийства монахов. Русской истории также известны случаи массовых самоубийств на религиозной почве. Например, самоутопления и самосожжения («гари») старообрядцев или описанный И.А. Сикорским случай на Терновских хуторах [78].

Отдельно надо сказать о самоубийствах вдов. Во многих культурах, в т.ч. римской и славянской, суицид вдовы являлся доказательством верности мужу. Обычай самосожжения вдов был широко распространен у индоарийских народов. Самосожжение вдов в Индии («сати») носило массовый характер и сохранялось до недавнего времени.

Возрастные самоубийства. Известны исторические факты самоубийства стариков в неурожайные и засушливые годы, уход представителей старшего поколения в «долины смерти» при достижении ими определенного возраста. Йоги-долгожители, достигнув определенного возраста, могли по своей

своей воле уйти из жизни. В японской культуре имели место парные самоубийства пожилых людей при неизлечимой болезни одного из супругов.

Мужские самоубийства в контексте кодекса чести. Подобные образцы поведения описаны в Ветхом завете, существовали во всех культурах, и происходят, по сей день. Особенно распространены среди военных и представителей власти. В военных обществах, например у викингов, самоубийство пользовалось уважением [73].

В японской культуре самоубийство окружено ореолом святости и всегда носило ритуальный характер. Это были и самоубийства чести и религиозные (жертвенные), парные, в том числе, описанные выше, возрастные суициды.

По-видимому, необходимо разграничивать понятия ритуального самоубийства и добровольного ухода из жизни, отношение к которому всегда было неоднозначным. Самоубийство считалось «плохой смертью», согласно представлениям древних племен Азии, Африки и Южной Америки, суициденты после смерти превращались в маленьких злых духов, способных наводить порчу. В шаманских культурах издревле и до настоящего времени существует мнение, что суициденты превращаются в мучителей своих родственников. По данным современных исследователей, первое письменное упоминание о добровольном завершении жизни, связанном с чувством покинутости и одиночества, относится к древнеегипетской культуре. Авторы этого исследования предполагают, что отношение к самоубийству на некоторых этапах древнеегипетской цивилизации было вполне толерантным. Древнеиндийские законы, допуская ритуальные смерти и суициды вдов, осуждали аутоагgression бытового характера. Философская концепция буддизма категорически не осуждает самоубийц, но говорит о том, что добровольное прекращение жизни не остановит колесо сансары (бесконечность перерождений), но приведет к перерождению в облике животного или демона, что является непривлекательной перспективой [85, 87].

Историческая тенденция такова: с возникновением и развитием классов и государства общество относилось к самоубийству все более строго. Интересы государства требовали ограничения частной свободы, а именно свободы личности [96].

В античном обществе отношение к самоубийству менялось от терпимого, и, в отдельных случаях, поощрительного до запрещенного законом. В Древней Греции преступник мог выбрать публичную казнь или самоубийство [73]. Свобода личности была, прежде всего, свободой выбора и принятия решения, свободой творчества. Поэтому самоубийство также являлось творческим актом свободы выбора между жизнью и смертью. Заточенная властителем Фив Креонтом в каменном склепе Антигона лишила себя жизни, так как предпочла добровольную смерть несправедливой казни. Древнегреческий философ-киник Диоген Синопский (ок. 404—323 гг. до н.э.) согласно легенде покончил жизнь самоубийством, остановив дыхание.

В греческой философии проблема самоубийства впервые получила теоретическое обоснование и научную рефлексию.

Пифагор – рассматривал жизнь как сущность, данную богом, которому человек должен подчиняться. К этой позиции его подвела теория чисел, согласно которой существует определенное количество душ, функционирующих в данный момент. Самоубийство нарушало духовную математику, т.к. внезапно образовывалась брешь в мире.

Аристотель характеризовал суицид, как действие против целей государства и, следовательно, действие, которое должно быть наказано.

Позиция Платона совмещала в некоторой степени оба представления: самоубийство равноценно дезертирству [115].

История Рима хранит свидетельства самоубийств выдающихся людей: Катона, Антония, Сенеки. Семидесятилетний древнеримский философ – эпикуреец Луций Анней Сенека вскрыл себе вены на голенях и под коленями. Пока струилась кровь, он успел продиктовать многое из того, что не успел записать сам. К самоубийству его приговорил император Нерон. Правящий

класс в древнем Риме поощрял ритуальные самоубийства, которые, однако, осуждал Закон.

Государство могло позволить себе двойной стандарт по отношению к самоубийствам до тех пор, пока существовало рабство, (рабы, как известно, не считались людьми). В позднеримской империи самоубийства рабов стали приобретать черты эпидемии. Законы, предписывавшие мучительную казнь, в случае неудавшейся суициальной попытки или глумление над останками при законченном суициде не могли напугать рабов, живших в нечеловеческих условиях и решивших свести счеты с жизнью. Понадобились более эффективные и кардинальные меры воздействия на народные массы. Их предоставила в распоряжение государства христианская церковь.

Первым осудил самоубийство в IV в. Блаженный Августин. Он считал суицид формой убийства, нарушающей заповедь «Не убий!». Святой Августин, оправдывая взгляды общества на суицид как преступление, приводит четыре аргумента:

- 1) человек не имеет права виновного человека;
- 2) самоубийца, отнимая собственную жизнь, убивает человека;
- 3) благородная душа будет выносить все страдания;
- 4) самоубийца умирает как худший из грешников.

Фома Аквинский в XIII в. категорически осудил самоубийство на основании трех постулатов, он считал, что самоубийство – абсолютно неправильное действие по следующим причинам:

- 1) самоубийство является нарушением закона природы, в соответствии с которым «все естественное должно поддерживать свое бытие» и который предписывает любить себя;
- 2) это – нарушение закона морали, поскольку наносит ущерб обществу, частью которого является самоубийца;
- 3) самоубийство есть нарушение закона божьего, который подчиняет человека провидению и оставляет право забирать жизнь только одному Богу [85].

В Средневековье христианская церковь относилась к самоубийству не-примириимее, чем к убийству. Это аргументировалось тем, что убийца может раскаяться в своих злодеяниях, а самоубийца лишает себя такой возможности. На самом деле государство не могло обойтись без палачей – убийц, состоявших у него на службе, поэтому к убийству относилось более снисходительно. В средневековой Европе самоубийцы считались преступниками, а их тела хоронили на распутье дорог.

В эпоху Возрождения в Англии и Франции заговорили о естественных правах человека. Французский мыслитель XVI в. М. Монтень (M. Montaigne) возрождает взгляды античных философов на проблему самоубийства, оправдывает его с психологической и правовой точки зрения [59].

Ф. Вольтер (XVIII в.) пропагандировал рациональный подход к проблеме самоубийства, подчеркивал значение психологической составляющей данной проблемы. Ж. Руссо романтизировал явления самоубийства.

Английский философ XVIII в. Д. Юм (D. Hume), представитель нового времени, в своем труде «О самоубийстве» изложил апологию суицида. Он полагал, что самоубийство, как таковое нисколько не противоречит христианским законам, т.к. гармония – понятие общее и отдельные события не оказывают влияния на гармонию мира. Это эссе долгие годы существовало только в виде рукописи, вышло в свет на английском лишь после смерти автора, анонимным изданием – дух сочинения был слишком вольнодумен даже для Века Просвещения [101].

Представители немецкой классической философии И. Кант, А. Шопенгауэр также не оставили без внимания проблему добровольного ухода из жизни.

Французская революция, пролившая реки крови, показала всему миру, как надо бороться с предрассудками и анахронизмами, вычеркнув самоубийство из списка уголовных преступлений.

Последней из европейских стран, сохранивших суицидную статью до 1961 г., была Великобритания.

XX в., при всех его потрясениях, окружил человека комфортом и удобствами, невообразимыми сто лет назад — причем более всего материальный уровень жизни вырос именно в тех странах, которые сегодня лидируют по уровню самоубийств. Причин тому множество.

Во-первых, нравственные. В XX в. появилась тенденция к изменению этической мотивации поведения. Прежде в ее основе были постулаты, не подлежащие обсуждению, обращенные не к логике, а к чувству, не к разуму, а к вере. Если церковь запрещает самоубийство — это не обсуждается. В нашем веке стал очевиден кризис веры, обусловленный событиями XVIII и XIX вв. Это не духовная катастрофа, а естественная стадия развития. Человечество подросло и повзрослело, оно хочет знать, почему и зачем, оно вышло из детского возраста, когда инструкции воспринимаются без обсуждения, на веру: надо мыть руки перед едой, маму с папой следует слушаться, самому себя убивать нехорошо. В XX в. человечество пережило переходный возраст со всеми приметами подросткового бунта — атеизмом, революциями, безумными социальными фантазиями. В почете были не послушание и доброе сердце, а ум, дерзновение и самодостаточность [96].

Во-вторых, психологические. Н. Бердяев писал: «самоубийство есть психологическое явление и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой. Самоубийство совершается в особую, исключительную минуту жизни, когда черные волны заливают душу и теряется всякий луч надежды. Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадежности» [13, с. 96].

Если сравнивать самоощущение нашего современника и человека прежних веков, то при внешней иллюзии большей свободы выбора и поступка наше общество стало гораздо более зависимым от внешнего мира. Просто его диктат из прямого превратился в косвенный, но оттого не менее эффективный. Через аппарат массовой культуры общество все время навязывает некий стандарт жизненного успеха, несоответствие которому воспринимается как трагедия. Наверное, прежде стрессов было не меньше, чем сейчас, но

люди были психологически устойчивей, менее изнеженны — выживание требовало, куда больших усилий, а это делало жизнь более ценной, ибо человеку свойственно дорожить только тем, что дается с трудом.

Парадокс: чем благоустроеннее становился быт человека XX столетия, тем стремительнее ползла вверх кривая суицида, спускаясь книзу лишь во время мировых войн.

В-третьих, социальные. В результате технической революции, индустриализации и урбанизации патриархальный мир прошлого столетия был разрушен. Человек утратил контроль над непосредственно окружающим его жизненным пространством, нарушился сам масштаб взаимоотношений личности и общества. Любое социальное потрясение, любое массовое изменение общественного статуса влечет за собой всплеск самоубийств. Не человек убивает себя, – происходит убийство, совершающее общество.

В заключение надо сказать, что самоубийство – постоянный спутник любого общества во все исторические периоды. Есть мнение, что некоторые люди просто должны сами себя лишать жизни. Отдельный индивид здесь теряет приоритет наблюдения, а предметом наблюдения становится так называемый общественный человек [27, 73].

1.2. Научные теории и основные теоретические аспекты суицидального поведения

Научные исследования феномена суицида появились в XIX столетии. Ранние теории стремились поместить суицид в поле физической медицины. Например, было предложено, что к суицидальным действиям склонны люди с тупыми черепами или, что это – результат поступления фосфора в мозг.

Э. Дюркгейм (E. Durkheim) – представитель западной социологической школы. Ввел понятие «антисуицидальный фактор», который подтверждается во многих современных работах. Описал основные типы суицидального поведения. Основной причиной самоубийств E. Durkheim (1897) считал соци-

ально — бытовые условия. Так, касаясь вопроса об отношении числа самоубийств мужчин и женщин как 3-4 к 1, он объясняет это ограниченностью участия женщин в общественной жизни. Далее, опровергая зависимость между изменением температуры воздуха и числом самоубийств, вместе с тем показывает, что во всех странах Европы число самоубийств, начиная с января, увеличивается к июню, и зависит от долготы дня. Часы наибольшей интенсивности общественной жизни E. Durkheim считает часами наибольшего числа самоубийств. Лица, состоящие в браке, менее склонны к самоубийству, одинокие, вдовы и разведенные — больше. Чем больше детей в семье, тем меньше у родителей наклонностей к самоубийству. Самоубийства по возрастным группам обнаруживают стремление увеличиваться по мере приближения старости в связи с утомлением жизнью и приближением естественной смерти. Способ самоубийства, по мнению E. Durkheim, в значительной степени определяется профессией суицидента.

E. Durkheim и его последователи пришли к выводу, что нервно-психические отклонения являются причиной самоубийств в очень ограниченном количестве случаев. «Самоубийство — это болезнь, но не индивидуума, а социального организма» [27, с. 52].

Французский психиатр E. Eskirol (1838) утверждал, что все самоубийцы душевнобольные. Такого же мнения придерживаются и другие представители психиатрической школы того времени. В том, что душевная болезнь может толкнуть человека на самоубийство, едва ли кто будет сомневаться. Но признавать душевную болезнь единственной причиной всех суицидов, значит идти против очевидных фактов. Самовольно заканчивают жизнь такие люди, которые при жизни ничем не проявляли каких-либо психопатологических признаков, а напротив, отличались последовательной логикой,держанностью, спокойствием и другими свойствами психически здорового человека. E. Kraepelin (1917) на основании многочисленных наблюдений, покушавшихся на свою жизнь, пришел к выводу, что только лишь около 30%

суицидентов — психически больные люди. Причем имеющие признаки отклонения от психической нормы разной степени выраженности [115].

Среди зарубежных психолого-психиатрических теорий наибольший вклад в изучение суицидального поведения внес психоанализ. З. Фрейд (S. Freud) высказал предположение, что суициальность, так же как депрессивность, есть обращение на себя гнева, агрессии, первоначально направленной, на объект привязанности. В 1910 г. вышла статья его статья «Печаль и меланхолия», где суицид анализируется на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса и Танатоса. Человеческая жизнь — это поле битвы между инстинктами жизни (Эрос) и смерти (Танатос). Суицид это проявление разрушительной (агрессивной) силы Танатоса, однако его господство не бывает абсолютным, и потому возможность предотвращения самоубийства есть всегда [92].

К.-Г. Юнг (K. Jung) считал, что самоубийство — это бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы: метемпсихоза (переселения душ); перевоплощения; воскрешения-восстановления; возрождения (путем трансформации или восстановления). Люди не только желают уйти от невыносимых условий жизни, совершая самоубийство. Кроме того, они торопятся со своим метафорическим возвращением во чрево матери. В языке архетипов есть Распятие: после смерти человека ожидает награда в виде новой жизни вследствие воскресения [102].

Дж. Хиллмен (J. Hillman), последователь K. Jung, относится, вероятно, к наиболее последовательным защитникам самоубийства. Он считал превентивные подходы юриспруденции, медицины и теологии в отношении суицида препятствиями для его адекватного понимания.

J. Hillman считал, что суицид является важным и законным способом обретения смерти, который «освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души». Он цитировал английского философа Д. Юма: «Когда я па-

даю на свой меч, то этим я принимаю смерть от руки божества настолько же, как если бы она была следствием нападения льва, падения в пропасть или лихорадки».

А. Адлер (A. Adler) в суициdalной попытке видел акт мести и осуждения в отношении тех, кто ответственен за невыносимое чувство неполноты, которое испытывает человек. Человеку экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми, самоутверждаться и преодолевать комплекс неполноты. Однако, наталкиваясь на препятствия, он может оказаться в кризисной ситуации и начать «бегство» к суициду [36].

К. Менninger (K. Menninger) провозгласил любое поведение, вредное или опасное для жизни проявлением инстинкта смерти, развивая представления З. Фрейда о суициде. Он выделил три компонента суициdalного поведения.

Для того чтобы совершить самоубийство, во-первых, необходимо иметь *желание убить*. Оно, например, проявляется в ярости младенцев, если их желания фruстрируются. По его мнению, суициденты, будучи в большинстве своем инфантильными, могут не выдержать помех на пути исполнения их желаний. Желание убить в этом случае обращается против самого «желающего» и реализуется путем самоубийства.

Во-вторых, необходимо испытывать *желание быть убитым*. Подобно тому, как убийство является крайней формой агрессии, желание быть убитым представляет собой крайнюю форму подчинения. Требования совести зачастую оказываются столь непоколебимыми, что лишают человека внутреннего покоя. Чтобы быть наказанным из-за нарушения моральных норм, люди часто ставят себя в ситуацию, в которой они вынуждены страдать. В конце концов, они искупают свою вину только тем, что должны быть убиты.

Последним составным побуждением является *желание умереть*. Его можно проиллюстрировать стремлениями некоторых отчаянных водителей или альпинистов, которые буквально нуждаются в том, чтобы подвергать себя постоянной опасности. Желание умереть, очень распространено и среди

душевнобольных, особенно тех, которые считают, что смерть является единственным лекарством от их душевных мучений [36].

Г. Салливэн (H. Sullivan) рассматривал суицид с точки зрения собственной теории межличностного общения. Исходя из трех образов «Я»: «хорошее Я»; «плохое Я» и «не-Я», H. Sullivan утверждает, что третий образ возникает и приводит душевному расстройству или суициду, когда человек утрачивает эго-идентичность. Когда человек чувствует себя в безопасности, он является «хорошим Я»; в состоянии тревоги он становится «плохим Я»; в психотических кошмараах индивид превращается в «не-Я». Человек оценивает себя главным образом в соответствии с отношением к нему других людей. Если возникнет угроза его безопасности из-за неразрешенного кризиса, то конфликт и тревога могут стать для человека невыносимыми. В этих обстоятельствах у него может возникнуть желание перевести свое «плохое Я» в «не-Я» и таким образом совершить суицид. В состоянии депрессии саморазрушение также является привлекательной альтернативой для индивида. Суицид отражает, по мнению H. Sullivan, переориентированное на себя враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру [36].

К. Хорни (K. Horney) считала, что основой суициального поведения является невротический конфликт (несоответствие образу идеального «Я» или стандартам, существующим в обществе). И определяет следующие функции мазохистического страдания: прямой защиты, когда мазохист посредством самобичевания избегает обвинений, а, принижаясь — избегает соперничества; способа достижения желаемого: страдание и беспомощность для него — мощные средства получения любви, помощи и контроля; замаскированного обвинения других людей [36, 85].

Э. Фромм (E. Fromm) видит рождение разрушительности в отказе от аутентичности и собственной уникальности. Подавление внутренней свободы ведет к агрессивности. E. Fromm исходит из первичности психических процессов, но в отличие от S. Freud, он берет их в конкретном, социально-историческом контексте.

К. Роджерс (K. Rogers) полагал, что основа жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении «Я», формирующегося в социальной сфере. Если структура «Я» становится ригидной и личный опыт отчуждается от личности, то человек теряет контакт с реальностью, он перестает доверять себе и приходит к полному одиночеству. Такое состояние вызывает ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что и приводит к суицидальным тенденциям [85].

В. Франкл (V. Frankl) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни, свобода человека, психология смерти и умирания. Он считал, что самоубийца не боится смерти, а боится жизни. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания приобрести новый опыт и развиваться дальше. Человек, сталкиваясь в жизни с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть; поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания [91].

Представитель неопсиходиагностики G. Ammon видит в основе суициального поведения нарушения ранних взаимоотношений «мать-дитя», приводит примеры «соматогенной матери», которая интересуется состоянием ребенка только тогда, когда он заболевает и страдает.

В теории объектных отношений принято рассматривать суицид как результат «плохих» интернализованных отношений с объектом, а также недостаточной связанности агрессивных побуждений в отношениях, с любовными (M. Klein, 1934; O. Kernberg, 1975). Это может произойти, если ранние депривации, потеря объекта или насилие наносят вред привязанности. Суицидальное поведение актуализируется в ситуации «покинутости», «заброшенности» [123].

В транзактном анализе аутоагрессивное поведение рассматривается как результат развивающихся отношений направляемых принятymi и подкрепляемыми решениями, то есть как патологическую социально-психологическую адаптацию [104].

Бихевиорально-когнитивные модели рассматривают суициальное поведение и суицид как формы выученного поведения с социальной трансмиссией, где центральным звеном являются «выученная беспомощность», безнадежность, низкая самооценка, бедная «Я-концепция» (A.T. Beck et al., 1985). Подобную модель подтверждают частые случаи подражательных суицидов [105, 106].

Н. Фарбероу (N. Farberow) является психологом — исследователем, который работает в области профилактики самоубийств в течение более четверти века. В свое время он был президентом Международной ассоциации профилактики суицидов и основал международное движение, деятельность которого способствовала организации более чем 200 центров профилактики самоубийств в одних только США. В своей книге «Многоликое самоубийство» (1980) N. Farberow впервые описал и систематически исследовал те формы саморазрушающего поведения, которые до этого не относились к суициальным. Например, злоупотребление различными веществами, включая наркотики, алкоголь и табак; соматические болезни: заболевание сердца или травмы позвоночника, при которых пациенты не соблюдают назначенного лечения и режима; преступления, проституция, делинквентное поведение, которые опасны возможностью краха личности; рискованные виды спорта, такие как прыжки с парашютом [115].

Э. Шнейдман (E. Shneidman, 1980, 1984) был первым директором Центра исследований и профилактики суицидов в Лос-Анжелосе. В 1957 г. в соавторстве с N. Farberow он выпустил книгу «Приметы самоубийства». Спустя четыре года он написал книгу «Крик о помощи». Обе эти книги считаются классическими в области суицидологии. В своей поразительной книге «Смерти человека» (1980) E. Shneidman, основываясь на классических наблюдениях, приводит типологию индивидов, играющих непосредственную, причем часто сознательную, роль в приближении своей смерти.

Искатели смерти расстаются с жизнью преднамеренно, причем таким образом, что спасение является невозможным или невероятным.

Инициаторы смерти: к ним относятся неизлечимо больные, лишающие себя систем обеспечения, отсекая иглы или канюли.

Игроки со смертью — это те кто, делает свою жизнь ставкой в ситуации с относительно низкой вероятностью выживания, как, например, в русской рулетке. Существует еще тип людей одобряющих смерть, хотя и не играющих активной роли в ее приближении, но честно заявляющих, что жалели бы своего конца. Этот тип часто встречается среди тревожной молодежи и одиноких стариков. Суммируя, можно сказать словами Е. Shneidman «смерть приближается из-за неосторожности, опрометчивости, безрассудства, забывчивости человека или вследствие других сходных психологических механизмов» [98].

Представители разных теорий суицидального поведения дают суициду разные определения с акцентом на различные аспекты. Примером могут служить следующие определения. Э. Штенгель (E. Stengel, 1972) определяет суицид как все смерти, которые явились результатом осознанного самоповреждающего, угрожающего жизни акта, где намерение может быть неясным или двусмысленным, и иногда может быть выяснено по поведению пациента.

Р. Декстра (R. Diekstra, 1988) предложил следующее определение суицида для МКБ 10: «Акт с фатальным исходом, который умышленно был начат и выполнен самим погибшим субъектом, при условии знания или ожидания последним такого исхода, причем исход рассматривается субъектом как инструмент в достижении желаемых изменений в самосознании и социальном окружении».

К. Menninger к суицидальному поведению относил все действия человека по типу «случайности не бывают случайными», могущие причинить ему вред или повлечь смерть [36].

Е. Shneidman и N. Farberow, исходя из метода психологической аутопсии, выделяют «эготические» и «диадические» самоубийства, как наиболее частые, причиной которых является интрапсихический диалог, конфликт ме-

жду частями «Я» и нереализованность потребностей и желаний, относящихся к наиболее значимому человеку [98, 115].

E. Shneidman определил суицид как «...осознанный акт самоуничтожения, понимаемый, наилучшим образом, как многогранное расстройство у личности, имеющей проблему, для решения которой суицид представляется лучшим вариантом» [98].

В российской психиатрии на рубеже XIX – XX вв. акт самоуничтожения рассматривался, прежде всего, как симптом психического заболевания. Проблему суицида изучали Г.Н. Гордон, А.В. Лихачев (1882), Ф.К. Тереховско (1903), И.П. Островский (1909, 1911), В.М. Бехтерев (1912).

Г.Н. Гордон утверждал, что предрасположенность к самоубийству есть внутреннее свойство или состояние организма, недостаток духовной энергии, которая субъективно воспринимается как утрата вкуса к жизни, ее цели и смысла.

В трудах В.М. Бехтерева и И.А. Сикорского подчеркивалось значение социальных факторов, таких как условия семейного и школьного воспитания в генезисе самоубийств [78, 85]. Таким образом, несмотря на амбивалентное отношение к проблеме душевного здоровья суицидентов, социально – психологические причины суициdalного поведения никогда не игнорировались.

В начале 1930-х гг. появилось несколько статистико-аналитических работ (М.Н. Гернет, 1922; Н.П. Бруханский, 1926; Д.П. Родин, 1922). Однако они носили фрагментарный характер, без попыток построения целостной теоретической системы. Затем, на долгие годы междисциплинарные исследования были закрыты, и суициды изучались лишь в рамках психиатрии.

Неуклонный рост количества самоубийств в СССР вызывал тревогу у специалистов, изучавших эту проблему. На рубеже 50-х гг. XX в. были сделаны попытки свести все разнородные факторы, влияющие на суициdalное поведение в единое целое. Так была создана комплексная, мультидисциплинарная наука – суицидология. Она объединила в изучении суициdalного по-

ведения ряд смежных дисциплин: психиатрию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию.

И, наконец, 70-е гг. XX в. получили развитие научно – исследовательские разработки в области суицидологии. Наиболее значимый вклад в изучение феномена внесли профессор А.Г. Амбрумова и ее школа [5].

Концепция А.Г. Амбрумовой отражает социально-психологическую сущность суицида (концепция социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта). Социальная ситуация того времени создает следующие дезадаптирующие факторы: миграционные процессы, алкоголизация взрослого населения, дифференциация сельского и городского населения, изменение традиционных устоев и сложившихся обычаяев, усиление статусных различий, разрушение института семьи, разрыв поколений, ослабление морально-этических норм, дегуманизация основных понятий, снижение ценности человеческого существования [6].

Вместе с тем концепция объединила интрапсихические и средовые воздействия в генезисе суициdalного поведения. Суицидологами этого периода были выделены различные классификации типов и этапов суициdalного поведения, мотивы и причины суицида, медицинские критерии риска, взаимосвязь с социальными и профессиональными характеристиками, этнокультурной принадлежностью, образовательным уровнем, брачно-семейными отношениями, состоянием здоровья. Выработана система превентивных мер, изучены антисуицидальные факторы [5, 15].

В исследованиях А.Г. Амбрумовой и Л.И. Постоваловой внимание фиксируется на различных измерениях одиночества, переживаниях, зачастую приводящих к суициду [3, 69].

Одно из измерений: социальное одиночество, когда «человек очень остро чувствует, что его подтолкнули. Покинули, исключили, не допустили или не оценили» [3, с. 67].

1.3 Структура и классификация суицидального поведения

А.Г. Амбрумова называет суицидальным поведением любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Согласно концепции 1980-х – 1990-х гг., *суицидальное поведение* – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Суицидальное поведение — понятие широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления [8].

Существует несколько классификаций суицидального поведения. Первая классификация была предложена Е. Durkheim и не теряет своей актуальности в настоящее время. Он предложил *три типа суицидального поведения* [27].

Аномическое — связано с кризисными ситуациями жизни, личными трагедиями. Наиболее часто встречается у психически здоровых людей. Проявляется как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности, фрустрирующие события. Здесь надо отметить, что сам по себе суицидальный факт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения необходимо рассматривать, как способ психологического реагирования, выбранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Реакция или реагирование может быть как адекватным, так и неадекватным. Оно адекватно в том случае, если раздражитель, то есть событие может быть затруднено или невозможно для какой-либо личности в силу ее нравственных и физических проявлений, и может быть неадекватное, если суицидальная реакция не соответствует стимулу.

Аномическое суицидальное поведение характерно для людей с тяжелыми и хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом, например, онкологических больных. А также, когда человек поставлен в условия выбора совершения аморального

поступка или действия, которое ему претит в силу его этических или эстетических мировоззрений. Аномический суицид чаще всего присущ обществу с неконтролируемыми потребностями.

Следующий *тип суициdalного поведения* это *альtruистический*, совершаемый ради блага других людей. Он также вытекает из личностной структуры индивида, личности, которая ставит, прежде всего, благо людей общества и государства. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающими свою собственную жизнь в отрыве от окружающих их людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, так и больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного исступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Третий тип – «эгоистическое», обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку. Обычно он возникает в ответ на завышенные требования со стороны окружающих. Решение расстаться с жизнью происходит по причине невозможности существования в условиях давления и контроля со стороны, как близких, так и родственников, и общества в целом. Это поведение чаще всего является глобальной позицией по отношению к окружающему миру в целом, а не к каким-либо конкретным ситуациям. Достаточно часто оно встречается у лиц с патологией характера, акцентуациями и расстройствами личности, чувствующими одиночество и отчужденность, непонимание и невостребованность.

Французский психиатр Л. Мишо (L. Michaux, 1964) выделил *пять типов суицидного поведения*: импульсивное, гиперэмотивное, депрессивное, паранойяльное и шизофреническое. А также *три типа суициdalного шантажа*: истинный, аффективный и импульсивный. Однако, данная классификация трудна для практического использования, поскольку критерии разграни-

чения разных типов недостаточно четкие, и отсутствует единый принцип их выделения [126].

По мнению А.Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. А.Е. Личко различает *три типа суицидального поведения*: демонстративное, аффективное, истинное [19, 55].

Демонстративное поведение – это разыгрывание «театральных» сцен, с изображением попыток самоубийства, без какого либо намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей. Или, наконец, чтобы наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, или доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресована. Дома – родным, в компании сверстников – кому-либо из ее членов, при аресте – властям и тому подобное.

Аффективное суицидальное поведение, чаще всего, совершается на высоте аффекта, который может продлиться всего лишь минуты, а иногда, в силу напряженной ситуации, часы или даже сутки. В такой момент обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью и, тем не менее, обычно имеется больший или меньший компонент демонстративности в данных ситуациях. Существует целая гамма переходов от импровизированного, на высоте аффекта суицидального спектакля до почти лишенной всякой демонстративности истинного, хотя и мимолетного желания покончить с собой. В первом случае речь идет о демонстративном поведении, но развертывающемся на фоне аффекта, во втором случае эта попытка может быть обрамлена демонстративными действиями для того, чтобы смерть произвела впечатление (на самом деле это может быть и истинное покушение, которое может совершаться на высоте аффективной реакции, например интрапунитивного типа).

Третье – это *истинное суицидальное поведение*. Здесь обычно обдуманное, выношенное намерение покончить собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка проявления личности была эффективной, и действия ее были завершены, то есть не помешали. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, и записки адресованы чаще всего самому себе, чем другим, и предназначены для того, чтобы избавить от обвинения своих близких [56].

Е. Шир выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное. Первые два типа, по данным автора, встречаются у подростков крайне редко (менее чем у 1%); третий, четвертый и пятый типы соответственно у 25, 18 и 56,3% [97].

В современной литературе, особенно западной, широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительного», поведения. А.Г. Амбрумова не без основания считает, что существует ряд взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения, крайней точкой которого является суицид [4, 9].

К саморазрушительному поведению наряду с суицидальным относят злоупотребление алкоголем, наркотиками, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, намеренную рабочую перегрузку, упорное нежелание лечиться, рискованную езду; на автотранспортных средствах, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии. В более широком смысле аутоаггрессивными действиями считают некоторые религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокую эксплуатацию, войны, т.е. все те действия, которые приводят к индивидуальному или массовому саморазрушению людей [54].

E. Grollman, анализируя проблему саморазрушающего поведения, выделяет прямые и непрямые суициды. Прямой суицид, по E. Grollman, это преднамеренное лишение себя жизни. Описывая непрямые суициды, он ци-

тирует K. Menninger, и включает в эту категорию «любое саморазрушающее поведение, которое подрывает здоровье» человека [26, с. 274].

В.А. Тихоненко определяет пять типов суицидального поведения или 5 типов ведущих мотивов [39].

Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующей суицид.

1. Суицидальное поведение по типу «протеста» предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается причиной суицидального акта: «Я вам мщу, вам будет хуже от моей смерти». Такая попытка предполагает стеничность, агрессию, работают механизмы переключения с гетероагgressии на аутоагgressию. Встречается чаще у мужчин молодого возраста (от 18 до 30 лет), мотивируется интерперсонально, конфликты чаще всего жилищно-бытовые, носящие острый характер. Пресуицидальный период короткий, попытка совершается в виде самопорезов или на глазах окружающих, причем до 80% случаев в состоянии алкогольного опьянения. Психическое состояние определяется как острые психопатическая реакция – истерическая или эксплозивная с эффектом обиды и гнева. «Месть» — конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Смысл суицида в данном случае состоит в отрицательном воздействии на объективное звено. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активная или агрессивна позиция личности с механизмом трансформации гетероагgressии в аутоагgressию.

2. Суицидальное поведение по типу «призыва» – смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. Позиция личности при этом пассивна. Также встречается чаще у молодых людей от 18 до 30 лет, но преобладают женщины. Суицид обычно совершается в вечерние часы, чаще способом самоотравления. Возникает остро или подостро, психический статус суицидента определяется как реактивная депрессия с переживанием оби-

ды, жалости к себе, отчаянием. Чаще встречается у психопатических личностей астено-депрессивного круга. Как и протестное, призывное суицидальное поведение обычно характерно для лиц с инфантильным личностным складом, которому присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

3. Суицидальное поведение по типу «избегания» – проявляется в ситуациях угрозы наказания, а смысл суицида заключается в попытках избегания угрозы или при ожидании психического или физического страдания. Характерен для более старших возрастных групп, суицид совершают мужчины и женщины старше 30 лет — обычно инвалиды, разведенные и вдовы, чаще в трезвом состоянии в утренние часы путем самоповешения, самоотравления. Если алкоголь и принимается, то после решения о суициде. Пресуицидальный период более растянут во времени.

4. Суицидальное поведение по типу «самонаказания» – определяется переживаниями вины реальной, или это патологическое чувство вины. Самонаказание можно обозначить как протест во внутреннем плане личности при своеобразном расщеплении «Я», где есть «Я» — подсудимый и «Я» — судья. Смысл суицидов самонаказания имеет разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (позиция судьи) и «искупления вины» (позиция подсудимого). Среди суицидентов мало инвалидов, преобладают женщины с достаточно высоким образовательным и общественно — социальным уровнем, состоящие в браке. Суицид совершается чаще в утренние часы и совсем редко в опьянении. Пресуицидальный период длительный, а само самоубийство совершается жестоким способом.

5. Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни — здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть». Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполн-

нять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы. Этот тип суициального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатиями астенического круга.

В литературе мало освещен вопрос относительно суицидов у практически здоровых в периоды переживания какого-либо стресса, фрустрации, острых конфликтных эпизодов, более широко – психологического кризиса [31].

А.Г. Амбрумова и соавт. выделяет самоубийства (истинные суициды) и попытки самоубийства (незавершенные суициды). Ими введена в практику классификация непатологических суицидоопасных ситуационных реакций, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Ситуационная реакция – понимается как модус поведения личности, определяемый ее позицией, исходящей из собственной концепции данной ситуации. Она представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Вид, тип, направленность и структуру реакций определяют особенности личности человека, причем очень важна значимость для личности, данной ситуации. Отсюда у разных индивидуумов на сходные ситуации возникают разные реакции [4, 66, 132].

Пессимистическая ситуационная реакция – отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

Реакция отрицательного баланса – характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

Реакция дезорганизации – в ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления, чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция «потерей точки опоры». Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

Реакция эмоционального дисбаланса – имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

Реакция демобилизации – отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отвергнутости.

Реакция оппозиции – характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний.

Реакция эгоцентрического переключения – представляет собой реакцию личности на остро возникающие, кратковременные конфликты, которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности.

Реакции психалгии – их суть состоит в ощущении душевной боли. Наблюдается сужение мотивационной и коммуникативной сферы. Суицидальное поведение направлено на избавление от страдания.

Реакции негативных интерперсональных отношений. Проявляются в ситуации межличностных конфликтов с фиксацией на значимом другом. Пресуицидальный период бывает более продолжительным, чем при других реакциях. Степень риска неопределенная, так как случаются истинные и де-

монстративные попытки, цель которых информировать источник конфликта о суицидальных намерениях.

Обычно протяженность непатологических ситуационных реакций у психически здоровых лиц варьирует от нескольких дней до трех месяцев с полным постепенным возвращением индивидуума к прежнему социально-психологическому статусу [65].

Ю. Вагин (1999, 2001) ввел понятие авитальной активности. Витальная активность, характерная для большинства людей, включает в себя инстинкт самосохранения, половой, родительский инстинкты. Авитальная активность включает в себя суициальную и деструктивную активность. Деструктивная активность – это снижение социальной активности и аддиктивное поведение. Суициальная активность – это мыслительная и поведенческая активность направленная на сознательное прекращение собственного биологического существования (см. рис. 1) [17].

Становление различных концепций самоубийства сопровождалось выдвижением соответствующих классификаций. Мы воспользуемся типологической моделью, принятой в отделе кризисных состояний МНИИ психиатрии. Она построена на основе психологической теории деятельности и концепции суицида как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта (А.Г. Амбрумова, 1981) [2].

Собственно суициальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Те случаи, где опасные для жизни действия не связаны с осознанными представлениями о собственной смерти, составляют широкую зону аутодеструктивной активности, примыкающую к суициальной сфере, но не являющуюся таковой в буквальном смысле.

Данную классификацию можно представить в виде таблицы (см. табл. 1).

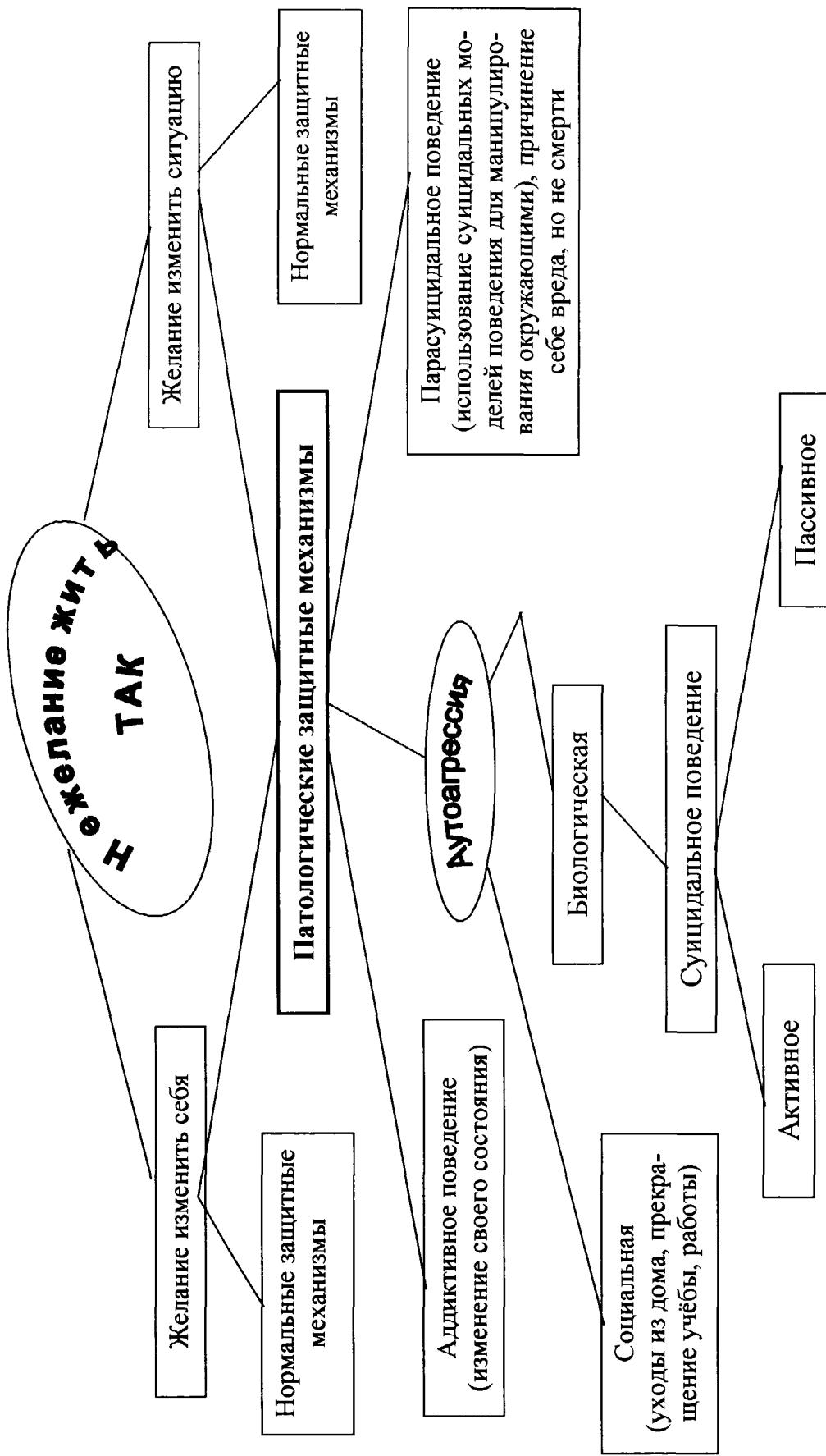


Рис. 1. Схема патологических защитных механизмов

Таблица 1.

Классификация суицидального поведения

Пресуицидальный период	Пресуицидальные феномены: — синдром ожидания (экспекting) — осознанное отсутствие интереса к жизни	Антивитальное переживание
	— осознанное желание умереть (пассивные суицидальные мысли)	Внутреннее суицидальное поведение
Суицидальный период	- суицидальные мысли (замыслы) — суицидальные намерения — суицидальная готовность, подготовка к суициду — суицидальные угрозы — суицидальная попытка — завершенный суицид	Внешнее суицидальное поведение
Постсуицидальный Период	Постсуицидальное состояние оценивается по отношению к суициду Постсуицидальный период оценивается по отношению ко времени	

А теперь подробнее по каждому пункту.

Пресуицидальный период длится от появления антивитальных переживаний до осуществления суицидальной попытки, может быть острым (секунды и минуты) и хроническим (дни, месяцы, годы). Выделяют два типа пресуицидального периода: аффективно напряженный, когда высока интенсивность эмоциональных переживаний. И аффективно редуцированный, когда имеет место, прогнозированное поведение, пассивное согласие на смерть.

Антивитальные переживания — размышления об отсутствии ценности жизни, нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрижение жизни.

Синдром ожидания – нет отсутствия интереса к жизни вообще, жизнь не нравится такой, какая она есть.

Отсутствие интереса к жизни – потеря надежды, снижение душевных и физических сил, иммунитета.

Пассивные суицидальные мысли — характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания: «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться» и т.п., осознанное желание умереть без принятия попыток.

Суицидальные замыслы — активная форма суицидальности, мыслительная активность, связанная с представлением возможности и желательности прекращения жизни; продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслам волевого компонента, принятие решения. Суицидальные замыслы и намерения обозначаются как *суицидальные тенденции*.

Суицидальная готовность — «затишье перед бурей, синдром принятия решения» симптомы этого периода: интерес к эффективности лекарственных средств, подарки близким, прощальные речи, поступки, несовместимые с дальнейшим социальным функционированием.

Суицидальные угрозы — словесное обозначение суицидальных мыслей, тенденций, готовности.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившиеся смертью, собственно суицидальное поведение. Она проходит в две фазы. Первая — обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая — необратимая.

Суицидальные попытки могут быть:

- 1) истинными – суицидальное покушение, направлены на прекращение жизни;
- 2) демонстративными – имитация суицидальной модели поведения, не имеют направленности на прекращение жизни;
- 3) аффективными – аутоагрессивная интрапунитивная реакция. По выбору средств и внешних обстоятельств может иметь вид как истинной, так

и демонстративной попытки, однако, это самостоятельный вид суицидального поведения. На высоте аффекта, в состоянии суженного сознания плохо оцениваются последствия собственных поступков. Аффективное суицидальное исполнение характеризуется быстрым принятием решения и довольно скорым, иногда мгновенным его исполнением. Доминирующий мотив – «сделать что-нибудь с собой».

Появление суицидальной цели и дальнейшее ее превращение в самостоятельный мотив, обладающий побудительной силой, обусловливается ситуацией конфликта у дезадаптированных лиц, то есть препятствием к удовлетворению актуальной потребности.

Постсуицидальный период по времени подразделяется на:

- 1) ближайший постсуицид – 1 нед.;
- 2) ранний постсуицид – до 1 мес.;
- 3) поздний постсуицид – до 6 мес.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются три главных компонента:

- 1) актуальность конфликта;
- 2) степень фиксированности суицидальных тенденций;
- 3) особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять четыре типа постсуицидальных состояний:

1. Критический

1. Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
2. Суицидального мотива нет.
3. Отношение к совершенной попытке — чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность повторения — минимальная.

2. Манипулятивный

1. Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.

2. Суицидальных тенденций нет.

3. Отношение — легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический

1. Конфликт по-прежнему актуален.

2. Суицидальных тенденций нет.

3. Отношение — раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4. Суицидально — фиксированный

1. Конфликт актуален.

2. Суицидальные тенденции сохраняются.

3. Отношение к суициду положительное.

По мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к психогенным влияниям, ликвидация психопатологической продукции.

Необходимо учитывать, что наибольшая доля повторных покушений, в том числе неоднократных, приходится на группы с манипулятивными постсуицидами, наименьшая — с критическими. Получается, что из суицидентов с манипулятивными постсуицидами повторные попытки совершает почти каждый второй, в то время как из суицидентов с аналитическими постсуицидами повторные попытки совершает каждый пятый [80].

Отсутствие прямой зависимости между подлинностью суицидальных намерений и объективной опасностью действий, предпринимаемых для лишения себя жизни, подвергло сомнению и само деление суицидов на «истин-

ные» и «неистинные». Оказалось, что слова «истинный» и «серьезный» отнюдь не синонимичны в данном контексте. Попытка может быть истинной, с точки зрения намерений субъекта расстаться с жизнью, и несерьезной в плане опасности предпринимаемых субъектом действий, которые он может субъективно рассматривать как опасные для жизни.

В разряд суициального поведения относят и суициальные подделки или имитации суицида (например, симуляцию самоповешения, или заведомо преувеличение принятой дозы лекарств, с целью ввести в заблуждение окружающих и инсценировать самоубийство). Практика показывает, что такого рода поведение в последующем нередко приводит к истинной суициальной акции, особенно в случаях, когда подделка суицида была разоблачена.

Крайне трудно дифференцировать истинные и демонстративные попытки у подростков, поэтому практической профилактики повторных суицидов все попытки рекомендуется рассматривать как истинные [32].

У детей не сформировано представление о смерти, поэтому рекомендуется рассматривать и суициальные попытки и завершенные суициды как несчастные случаи [7, 21].

К факторам повышенного суициального риска можно отнести:

- предшествующие попытки самоубийства;
- суициальные тенденции, угрозы (прямые или завуалированные);
- постсуициальный период (2% завершают суицид в течение года о времени предыдущей попытки, 10% погибают при других обстоятельствах, 50% повторяют попытку);
- период острого горя;
- внешний или внутренний кризис;
- участие в чрезвычайных ситуациях, терактах, катастрофах;
- участие в боевых действиях, этнических конфликтах;
- подростковый возраст;
- принадлежность к группе сексуальных меньшинств, или других маргинальных групп [51].

Выделяют экстраперсональные и интраперсональные факторы суициdalного риска. К экстраперсональным факторам относятся социально-экономические, семейные и другие средовые факторы. К интраперсональным – биологические, медицинские и личностные факторы [60, 108].

Отдельно необходимо выделить факторы риска завершенности суицида:

- ранний постсуицидальный период;
- использование наиболее опасных или необычных средств и методов самоубийства, при которых вероятность оказания своевременной и эффективной медицинской помощи минимальна;
- тщательно разработанный план суицида;
- некупируемые суицидальные тенденции (настойчивое желание умереть);
- неоднократные суицидальные попытки в прошлом;
- мысли об успокоении в загробной жизни, поствитальные переживания [124, 136, 137].

Таблица 2.

Факторы суициdalного риска

Социально-экономические	Проживание в больших городах, принадлежность к высшим или низшим слоям общества, изоляция, дефицит социальных контактов, тюремное заключение, переселение, в т.ч. вынужденное из обычной среды обитания, низкий уровень дохода, безработица (в особенности, недавняя потеря работы), банкротство, высокий профессиональный уровень, утрата общественного престижа, ветераны войн и этнических конфликтов, экстремальные условия труда.
Семейные	Одиночество, развод, уход из семьи, потеря родителей / детей (одного из них), конфликтные / неупорядоченные отношения в семье, аффективные расстройства у родственников, суицидальная наследственность в семье, в т.ч. недавно совершенное самоубийство, насилие (физическое /сексуальное / психологическое) в семье.

Медицинские (биологические)	Психозы и пограничные психические расстройства, аффективные расстройства настроения, шизофрения, алкоголизм, токсикомания, наркомания, церебрально-органическая патология (при нарастании психопатизации), соматические заболевания, в т.ч. тяжелые, хронические и / или неизлечимые, посттравматические и острые стрессовые расстройства.
Личностные	Повышенная напряженность потребностей, низкая фruстрационная толерантность, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов; импульсивность, эксплозивность, эмоциональная неустойчивость, максимализм, бескомпромиссность, низкая самооценка, особенно в сочетании с высоким уровнем притязаний, высокая тревожность, холерический темперамент в сочетании с высоким нейротизмом, акцентуации характера (лабильного, эпилептоидного, истероидного, циклоидного типов и их сочетаний), Алекситимия, низкие коммуникативные навыки, утрата или перестройка ценностных ориентаций, возрастной / экзистенциальный кризис.

1.4 Особенности суицидального поведения детей и подростков

По данным разных авторов, самые ранние суицидальные попытки относятся к 5 годам. По данным Л.Я. Жезловой, в возрасте 6 – 13 лет около 70% суицидентов составили больные шизофренией и только 18% дети с ситуационными реакциями. В возрасте 13-14 лет процент больных шизофренией снижается до 38%, а ситуационные реакции имеют место в 60% подростковых суицидов [29, 125, 130].

Одной из основных причин совершения суицидальных действий в подростковом возрасте являются *конфликты с родителями*. Отчужденность от родительской семьи, обусловленная реакцией эмансипации, при одновременной потребности подростка в близких, эмоционально окрашенных отноше-

ниях, приводят подростка к стремлению вырваться из семейного окружения и поиску тепла вне дома, часто в компании людей старших по возрасту, с асоциальными наклонностями. Все это, в свою очередь, усиливает и обостряет конфликтные отношения подростка с родителями. Старшее поколение стремиться контролировать подростка, что приводит лишь к усилению проявления реакций эмансипации и группирования со сверстниками [84, 110, 111, 133].

Нередко протестное поведение подростка играет роль условно выгодного симптома, когда в дисфункциональной семье, поведенческие проблемы подростка играют роль фактора примирения родителей. В таких случаях отчаявшийся подросток совершает суицидальную попытку с единственной целью: повлиять на отношения между родителями, заставить их обратить внимание на его потребности, восстановить мир в семье [67, 90, 116, 118].

Семья может выступать в качестве важного источника психической травматизации, прежде всего, непосредственно участвуя в ней. Больше всего травмируют детей психологическая непостоянность, обиды, равнодушие, а при психореактивных расстройствах – сверхсильные воздействия (тяжелое личное горе, издевательства, истязания). Кроме того, существуют различные способы косвенного участия семьи в процессе травматизации – когда она определяет уязвимость своих членов по отношению к травме, длительность последствий травмы, ее устойчивость к терапевтическим воздействиям [138].

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис определяют семью как социальный институт, выполняющий ряд функций, которые обеспечивают жизнедеятельность семьи, связанную с удовлетворением определенных потребностей ее членов [100].

Семья — это главная система, к которой принадлежит каждый из нас. Система — это группа людей, взаимодействующих как одно целое. Поскольку все части этой системы находятся в тесном контакте, то и улучшение (ухудшение) состояния одного из членов семьи неизбежно отражается на самочувствии других [10].

Дисфункциональные семьи оказываются неспособными удовлетворять потребности друг друга в личном, духовном росте.

Анализ дисфункциональной семьи и ее воздействий на психосоциальное развитие ребенка показывает, что у большой группы детей нарушены условия их ранней социализации. Часть из них пребывает в условиях стрессовых ситуаций с риском физического или психического насилия, ведущих к различным формам девиации; другие — вовлечены в преступную деятельность с формированием устойчивых форм делинквентного или криминального поведения [25, 140].

Выделяют следующие *признаки дисфункциональной семьи*:

- 1) отрицание проблем и поддержание иллюзий;
- 2) вакуум интимности (недостаток теплоты и доверия в отношениях);
- 3) «замороженные» правила и роли;
- 4) конфликтные взаимоотношения;
- 5) недифференцированность «Я» каждого члена;
- 6) границы личности либо смешаны, либо нагло разделены невидимой стеной;
- 7) все хранят секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия;
- 8) склонность к полярности чувств и суждений;
- 9) закрытость системы;
- 10) абсолютизирование воли, контроля [20, 135].

Сравнительные характеристики функциональных и дисфункциональных семей представлены в табл. 3.

Семье принадлежит значительная роль в жизни подростка, в усвоении им социально – культурных норм и моделей поведения, потому изучение семейного окружения является одним из необходимых условий для понимания причин, формирующих девиантное поведение.

Основная трудность, состоит в выявлении того, что именно в семье связано с появлением у подростка отклонений в поведении и в том числе

суициального поведения и соответственно, в определении объекта семейной диагностики [11, 94, 95].

Таблица 3.

Функциональные и дисфункциональные семьи

Функциональные семьи	Дисфункциональные семьи
Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций	Негибкость ролей, функции ригидны
Правила гуманны и способствуют гармонии, поощряется честность	Правила негуманны, им невозможно следовать
Границы признаются и уважаются	Границы либо отсутствуют, либо ригидны
Коммуникации прямые; чувства открыты, свобода говорить	Коммуникации непрямые и скрытые; чувства не ценятся
Поощряется рост и независимость; индивиды способны видеть конфликты	Поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность; индивиды не способны разрешать конфликты
Исход: приемлемый и конструктивный	Исход: неприемлемый и деструктивный

Под семейной диагностикой понимается обычно выявление супружеских или семейных нарушений, «патогенных семейных отношений».

Однако наличие аномалий в семейных отношениях не может служить достаточным основанием для отнесения данной конкретной семьи в разряд суицидогенных.

Равным образом семьи без видимых признаков аномалий не дают гарантии, что у членов таких семей не возникнут суицидальные тенденции.

Если рассматривать семью как малую социально-психологическую группу с характерными для нее типами внутрисемейного общения, то нас будет интересовать только коммуникативная функция.

Под социально-психологической дезадаптацией понимается нарушение механизмов взаимосвязи личности и среды, происходящее как за счет внут-

риличностных изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.

Каким образом в семье может возникнуть суициdalная ситуация? Переживание социально-психологических кризисов будем связывать с утратой подростком высоко значимой для него позиции (в структуре внутрисемейного общения) [46, 75, 113].

Позиция в общении может быть охарактеризована как сильная или слабая в зависимости от того, сколько коммуникативных возможностей она дает личности и в какой мере он удовлетворен своим местом в системе общения. Достижение той или иной позиции в общении зависит от личности, гибкости ее психики и умения приспосабливаться к другим, от его сознательных усилий достичь желаемого к себе отношения, и от оценки, которую дают индивиду окружающие. Прежде всего, следует отметить, что подростку не всегда удается понять, какого рода поведения ждут от него окружающие [88].

Степень удовлетворенности своей позицией зависит от того, что именно в общении привлекает подростка, на что он ориентируется, от чего отталкивается и в какой среде ему удается этого достичь.

Если семейные отношения высоко значимы для подростка (в его системе ценностей), он стремиться к тому чтобы его любили, понимали, доверяли ему, что бы его авторитет был высок.

Если семья малоцenna, он будет избегать интенсивного общения и по-желает отстоять свою автономию, чтобы ему не мешали жить так, как он считает нужным [114].

Позиция в семье неоднократно меняется. Среди причин: рождение или смерть членов семьи, заключение брака, изменение экономического статуса семьи, переезд в другой город, болезнь и т.д.

Например, дети не оправдывают ожиданий родителей и, как следствие, возникает взаимное раздражение, эмоциональная холодность, психическая напряженность.

Изменение позиции может вызвать отвержение данных отношений или примирение с таким положением.

Неприятие новой позиции в общении вызывает у личности глубинный внутренний конфликт, суть которого состоит в столкновении потребности в общении и невозможности реализации его в привычных формах.

Чем больше значимых связей разорвано, тем острее ощущение потери. Невозможность реализации основных ценностей личности воспринимается как утрата жизненного стержня, как катастрофа.

Суицидальное поведение является крайним средством манипуляции с целью оказать давление на семейное окружение и вернуть таким образом утраченную позицию. В других случаях, когда подросток осознает необратимость прежней позиции в общении и вместе с тем не чувствует в себе сил для продолжения жизни, возможен истинный суицид [128]. Обратимся к рассмотрению *типов семей*.

По степени сплоченности:

Интегрированные и дезинтегрированные

В одних семьях каждый считает себя частью, чувствуя свою защищенность и рассчитывая на моральную поддержку, а в других — люди обособлены друг от друга, каждый живет сам по себе. Также есть вариант семей, где внутри семьи существуют микрогруппы.

Наиболее суицидоопасна позиция человека, оказавшегося в одиночестве перед коалицией объединившихся против него родственников.

Чувство изолированности будет суицидоопасным и тогда, когда человек сам старается отстоять свою автономию. Протестные реакции свойственны подросткам, стремящимся уклониться от опеки, либо сохранить независимость в семье.

По степени гармоничности:

Гармоничные и дисгармоничные

Дисгармония в семье проявляется в виде рассогласования целей, потребностей и мотиваций у членов семьи. Соблюдение норм часто является

для них фрустрацией. Нарушена обратная связь между людьми, вследствие чего они не могут предвидеть реакции другого. Нет взаимопонимания — нет и ориентации на общность.

Создается суицидоопасная ситуация, когда два человека живут вместе без психологической совместимости и один из них пытается навязать другому свои привычки, манеры поведения.

По коммуникативным установкам:

Корпоративные и альтруистические

В корпоративной семье суицид будет использован с целью добиться желаемого отношения — протест и призыв.

По отношению к конфликтам вне семьи:

Гибкая и консервативная

В консервативных семьях суициdalная ситуация создается в тех случаях, когда семья разрушает свою структуру общения под влиянием внешнего авторитета (школы, начальства и т.д.). При внешнем конфликте семья не всегда оказывается способной оказать помощь. Подростки вступают в конфликт с преподавателями и, чувствуя свою правоту, надеются на помощь и поддержку семьи, которая, вопреки их ожиданиям, становится на сторону школы. Подросток оказывается в позиции социальной изоляции, со всех сторон ощущает кризис доверия и может совершить суицид протesta, рассматривая его как единственное средство восстановить справедливость, доказать собственную правоту и наказать близких, а за одно и виновников конфликта.

Чем меньше у подростка социальных связей, тем скорее неблагополучие может привести к дезадаптации. И чем больше социальных связей, тем легче он может компенсировать неудачи в одной сфере переключением интересов в другую сферу.

В дезинтегрированных, дисгармоничных, корпоративных семьях встает вопрос о власти. Единовластие может служить источником постоянного психического напряжения, а у подростков, не склонных к компромиссу и не желающих подчиняться грубому најиму со стороны взрослых, оно может про-

воцировать в некоторых случаях суицид протеста, а демократичность в таких семьях может породить суицид манипулятивного характера с целью добиться более выгодной позиции в семейной иерархии.

Таким образом, для оценки риска социальной дезадаптации и возможности суицида, необходимо в семейной диагностике выявить совокупность признаков и обратить внимание как они комбинируются.

Для семейной диагностики выделяются два объекта:

- 1) социально-психологический тип семьи;
- 2) позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией.

Необходимо обратить внимание на происшествия в семье, происходившие в последнее время, и их возможную роль в суицидоопасной ситуации в семье.

А.Г. Амбрумова и соавт., обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, показали, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершили 14,4%, в пубертатном (13-16 лет) — 51,8% и постпубертатном (17- 18 лет) — 33,8%. Самыми молодыми из суицидентов были дети 7 лет. Большинство в группе обследованных составили девочки (80,8%). Наиболее частыми способами покушений и суицидальных попыток у девочек были отравления, у мальчиков — порезы вен и повешение. У 5% девочек, совершивших попытки самоубийства в возрасте старше 13 лет, была обнаружена беременность [7].

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — явление относительно редкое, но с 14-15-летнего возраста суициальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет [18, 22, 38, 112, 128].

По данным А.Е. Личко, среди подростков с незавершенными суицидами 32% были в возрасте 17 лет; 31% — 16 лет; 21% — 15 лет; 12% — 14 лет и лишь 4% — в возрасте 12-13 лет. Как уже отмечалось, частота законченных суицидов среди подростков относительно невелика и не превышает 1% от всех суицидальных действий. Суицидальные действия в этом возрасте чаще

имеют демонстративный характер и нередко могут носить черты «суициального» шантажа [55].

Б.Н. Алмазов, обследовав группу подростков 14-18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установил, что только 4% из них в момент самопореза имели мысли суициального содержания, у 30% самопорезы были совершены в результате ссоры со сверстниками, у 20% как обряд «братанья кровью», у 20% как демонстрация, бравада перед сверстниками и сверстницами. При последующем стационарном обследовании 15% из них признаны психически здоровыми, у остальных отмечены различные аномалии развития личности: психический инфантилизм, пограничная умственная отсталость, в 50% случаев — акцентуация характера [1, 41, 52, 63, 68, 79, 117].

Однако дифференцировать покушения и демонстративные суициальные попытки у подростков бывает чрезвычайно трудно [37, 103].

А.Е. Личко, А.А. Александров, обследовав группу подростков в возрасте 14-18 лет, нашли, что примерно у половины из них (49%) суициальные действия совершаются на фоне острой аффективной реакции (аффективный тип суициальных действий), которая развивается по механизму «короткого замыкания», когда порой малозначительный повод играет роль «последней капли» и провоцирует суициальное действие. При этом действия подростка в момент суициальной попытки нередко внешне кажутся демонстративными. Они совершаются на глазах у обидчика, сопровождаются плачем или, наоборот, бравадой спокойствия. Однако эта «игра в самоубийство» часто заходит слишком далеко и может закончиться трагично [54].

На условность границ между суицидами, покушениями и суициальными попытками у подростков указывают и другие авторы. Е. Шир отмечает, что большинство суициальных действий в подростковом возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т.п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суи-

цидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока [97].

В.Т. Кондращенко и соавт. обследовали подростков и юношей в возрасте 15-18 лет. Суициды отмечались у 3%, покушения — у 6%, суицидальные попытки и проявления — у 91%. Среди суицидентов, совершивших суициды и покушения, лиц мужского и женского пола было примерно поровну (49 и 51%), в группе подростков с суицидальными попытками и намерениями преобладали девушки (80%). Среди всех подростков с суицидальным поведением учащиеся школ составили 38%, учащиеся ГПТУ — 30%, студенты техникумов — 10%, институтов — 3%, рабочие — 10%, служащие — 3% и лица, не имеющие определенных занятий — 6%. Подростков в возрасте 15 лет было 10%, 16 лет — 38,5%, 17 лет — 28,2%, 18 лет — 23,3%. Четвертая часть подростков суицидальные действия совершили повторно. Суицидальное поведение в этой группе сочеталось с другими формами девиаций поведения [45].

Таким образом, четко прослеживается увеличение частоты суицидальных попыток от детского к подростковому возрасту. Еще один аспект суицидального поведения в детском и подростковом возрасте – понимание ребенком необратимости завершенного суицида.

Многие авторы, в основном психоаналитического направления в психологии, считают, что у ребенка от 1,5 до 5 лет понятие «смерть» формируется в связи с отрывом от матери. Есть мнение, что первое ощущение тревоги и связанный с ней страх смерти возникает в момент рождения и отделения от матери [128]. Мы рассмотрим формирование восприятия смерти ребенком с точки зрения понятийного мышления.

В возрасте 4 – 5 лет у детей возникает интерес к теме смерти и умирания. Они не рефлексируют собственную смерть и не осознают конечность

жизни. Формированию представления о смерти как о временном явлении способствуют волшебные сказки, в которых умершие персонажи воскресают с помощью поцелуя или живой и мертвой воды. У детей до 5 лет нет еще устойчивого представления о смерти как о чем-то необратимом. Умереть означает для ребенка этого возраста, продолжать существование в какой то другой форме. У детей этого возраста еще нет конкретного понятия о времени. Ребенок имеет понятие о расставании, но не способен осознать такие категории как «навсегда», «окончательно». Детям этого возраста смерть представляется чем-то вроде сна или жизни в гробу [33, 62, 93].

Старший дошкольник имеет достаточно четкое представление о смерти. В возрасте 6 – 10 лет формируется предметное мышление, в связи с чем, дети персонифицируют смерть, представляя ее в образе, например, скелета или привидения.

В младшем школьном возрасте появляются моральные представления о смерти. Часть детей этого возраста считает смерть наказанием за зло. Другая часть детей воспринимает смерть как естественный конец жизни. В возрасте 8 лет, по наблюдениям А.И. Захарова, дети боятся не столько своей смерти, сколько потери родных, особенно матери. К 10 годам, как правило, дети понимают конечность своего существования, отказываются от магического представления о смерти. В этом возрасте ребенок в силу культурно-религиозных традиций семьи способен принять предложенную концепцию смерти (например, существование ада и рая, либо наоборот отсутствие загробной жизни) [30].

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста выражено аффективное отношение к смерти. По оценкам специалистов, страх смерти испытывают в дошкольном возрасте 47% мальчиков и 70% девочек, в школьном – 55% и 69% соответственно. Возникает этот страх в результате осознания неизбежности смерти. Причем переживают дети не страх собственной смерти, а страх потери близких, чаще матери.

Концепция смерти ребенка приближается к концепции смерти взрослого к 12 – 14 годам. Степень понимания смерти зависит от уровня развития личности подростка. Существует связь между отношением подростка к смерти и его самосознанием, его индивидуальностью. Психологические и физиологические изменения подросткового возраста неизбежно влияют и на отношение к смерти. На рациональном уровне подростком осознается ее неизбежный и окончательный характер. Вместе с тем в подростковом возрасте вновь возникают сомнения в ее необратимости. Для подростка физическая смерть может восприниматься как начало бессмертия. Отличительной особенностью данного периода является повышенный интерес к теме смерти, размышления о смысле жизни, увлечение философскими проблемами этого направления.

Существует ряд психологических особенностей подросткового возраста, увеличивающих риск формирования социально-психологической дезадаптации и суициdalного поведения [22, 34, 81].

Подростковый возраст связан с перестройкой организма ребенка — половым созреванием. И хотя линии психического и физиологического развития не идут параллельно, границы этого периода значительно варьируются. Одни дети вступают в подростковый возраст раньше, другие — позже, пубертатный кризис может возникнуть и в 11, и в 13 лет. Начинаясь с кризиса, весь период обычно протекает трудно и для ребенка, и для близких ему взрослых, что может стать причиной проявлений раздражения и агрессии во взаимоотношениях. Поэтому подростковый возраст иногда называют затянувшимся кризисом [14, 24, 35].

Развитие на этом этапе идет быстрыми темпами, особенно многое изменений наблюдается в плане формирования личности.

Многочисленными исследованиями Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, и др. показано, что появление личностных проблем в подростковом возрасте связано со становлением качественно нового уровня самосознания в связи с усилением в личностном развитии роли процессов познания и осознания

субъектом самого себя, как единого целого, способного и стремящегося к самовыражению. Здесь рождается преувеличенное ощущение своей уникальности и неповторимости, а вместе с этим – стремление к признанию и страх отвержения, застенчивость и робость. Отсюда напряженная потребность в интимности, стремление излить душу и одновременно неудовлетворенность общением. Подростки часто испытывают чувство одиночества и недовольство собой и окружением, даже при внешне благоприятных отношениях со сверстниками и взрослыми [23, 57, 99, 117].

С развитием самосознания изменяется мотивация учения, общения, труда. М.Ю. Кондратьев отмечает, что в отрочестве основу ведущей многоплановой деятельности, обеспечивающей становление познавательной и мотивационно-потребностной сфер, составляют интимно-личностное общение со значимыми людьми и учебно-профессиональная деятельность [44].

И.С. Кон видит одну из главных тенденций подросткового периода в переориентации общения с родителей и учителей на сверстников. Такая переориентация на более или менее равных по положению происходит постепенно или скачкообразно и очень бурно. В общении со сверстниками подросток стремится избежать конфликта. Общение же с взрослыми подросток воспринимает как консервативный тип отношений, не удовлетворяющий его потребности во взаимопонимании и поддержке. При этом, отмечают Т.П. Гаврилова и Е.В. Фетисова, отношения принимают конфликтную форму, и со временем подросток начинает их избегать [24, 43, 70].

Становление личности сопровождается бурным развитием психосексуальной сферы, внешне проявляющей себя в половом поведении, которое имеет свои цели, программу, систему обратной связи. Психосексуальное развитие включает формирование полового самосознания, половой роли и половой ориентации. Особенности полового созревания и полового самосознания, составляющих единый процесс психосексуального формирования личности, определены как биологическими, так и социальными факторами и выступают наиболее важными показателями развития подростка.

Формирование в онтогенезе полового поведения сопровождается субъективными переживаниями человека, связанными с полом. Для определения последних предложен термин «идентичность», что означает соответствие кому-то, чему-то. Большинство авторов рассматривают идентичность вообще и половую идентичность в частности, составляющей самосознания, и определяют ее как переживание и осознание человеком своей половой принадлежности, физиологических, психологических и социальных особенностей своего пола [49, 64].

Главная особенность подростка — *личностная нестабильность*. Противоположные черты, стремления, тенденции сосуществуют и борются друг с другом, определяя противоречивость характера и поведения взрослеющего ребенка. Как отмечает А.Е. Личко, «...тонкая чувствительность порой уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость — с развязностью, желание быть признанным и оцененным другими — с подчеркнутой независимостью, борьба с авторитетами — с обожествлением случайных кумиров, чувственное фантазирование — с сухим мудрствованием» [56, с. 42].

Для подростка характерна *нравственная неустойчивость*. В младшем школьном и подростковом возрасте развивается конвенциональная мораль, при которой у ребенка еще нет истинной нравственности и нормы морали остаются для него чем-то внешним.

Подросткам свойственна *неустойчивая самооценка*. Так же, как поведение, их самосознание во многом зависит от внешних влияний.

Еще одной важной особенностью развития подростка, накладывающей отпечаток на весь его психологический облик, является несоответствие между достигнутым уровнем развития его личности, душевных, практических способностей и объективно ограничивающих его позицией, социальной ролью школьника. Это противоречие порождает особый комплекс потребностей и поведенческий реакций, выражающихся в стремлении утвердить свою независимость.

Среди многих личностных особенностей, присущих подростку, особо выделим формирующиеся у него чувство взрослости и Я-концепцию, когда говорят, что ребенок взрослеет, имеют в виду становление его готовности к жизни в обществе взрослых людей, причем — как равноправного участника этой жизни. Конечно, подростку еще далеко до истинной взрослости и физически, и психологически, и социально. Он объективно не может включиться во взрослую жизнь, но стремится к ней и претендует на равные с взрослыми права. Новая позиция проявляется в разных сферах, чаще всего — во внешнем облике, в манерах.

Одновременно с внешними, объективными проявлениями взрослости возникает и *чувство взрослости* — отношение подростка к себе как к взрослому, представление, ощущение себя в какой-то мере взрослым человеком. Эта субъективная сторона взрослости считается центральным новообразованием подросткового возраста.

Чувство взрослости — особая форма самосознания. Оно не жестко связано с процессом полового созревания; можно сказать, что половое созревание не становится основным источником формирования чувства взрослости.

Чувство взрослости проявляется в желании, чтобы все — и взрослые, и сверстники — относились к нему не как к маленькому, а как к взрослому. Он претендует на равноправие в отношениях со старшими и идет на конфликты, отстаивая свою «взрослую» позицию.

Наряду с чувством взрослости Д.Б. Элькониным рассматривается подростковая *тенденция к взрослости* — стремление быть, казаться и считаться взрослым. Желание выглядеть в чужих глазах взрослым усиливается, когда не находит отклика у окружающих [99].

Чувство взрослости становится центральным новообразованием младшего подросткового возраста; к концу периода, примерно в 15 лет, ребенок делает еще один шаг в своем личностном развитии. После поисков себя, личностной нестабильности у него формируется Я-концепция, система внутренне согласованных представлений о себе образов «Я».

E. Erikson называет Я-концепцию идентичностью Эго. В зарубежной психологии выделяют четыре статуса идентичности, отражающие определенные этапы личностного развития подростка. Согласно теории E. Erikson центральной задачей развития в подростковой возрасте является формирование адекватной личностной идентичности. Существует четыре статуса идентичности: размытая идентичность, преждевременная идентичность, мораторий и зрелая идентичность. Зрелая идентичность относится к юношескому возрасту и достигается, когда человек пережил кризис и сделал осмысленный выбор профессии и идеологии.

В подростковом возрасте мы сталкиваемся с первыми тремя этапами или статусами идентичности.

Подростки с размытой идентичностью не прошли через кризис и не выбрали для себя идеологию, ценностные ориентиры, личные нормы поведения. Этот статус является нормой для младшего подросткового возраста. Однако в современном обществе наблюдаются тенденции к избеганию самоопределения. Подростки пытаются скрыть внутреннюю неуверенность, связанную с вопросами идентичности. Выдают за безразличие чувство неуверенности в себе. Подростки с размытой идентичностью стремятся избежать тревожности, кризиса и выбора убеждений с помощью алкоголя, наркотиков, девиантного поведения и таким образом пытаются отрицать существование каких-либо проблем.

Преждевременная идентичность – это самоопределение без кризиса, путем принятия чужих норм и правил, чаще всего родительских. Так происходит при сильной идентификации ребенка с родителем одного с ним пола. Часто такой статус идентичности является признаком невротической зависимости. Такие подростки проходят через кризис позже, тяжелее его переживают. Если же кризис не пережит, психического созревания, личностного развития не происходит. Преждевременная идентичность также может рассматриваться как способ снижения тревожности и избегание самоопределения.

Статус моратория, означает «период отсрочки». Этот период является непосредственно кризисом. У подростков прошедших статус моратория формируется зрелая идентичность. В некоторых исследованиях показано, что подростки на этапе моратория испытывают больший страх смерти, чем в другие периоды. Подросткам в статусе моратория присущи все поведенческие характерологические реакции, связанные с взрослением. Мораторий – это нормативный кризис, однако он может осложниться и трансформироваться в патологический кризис. В таком случае развитие может пойти поискаженному пути, и в поведении будут преобладать патохарактерологические, в т.ч. протестные реакции. В таком случае возрастает риск поведенческих девиаций, и суициального поведения.

Л.И. Божович в описании подросткового и юношеского возраста главное внимание уделяет *развитию мотивационной сферы личности*, определении своего места в жизни, формирования мировоззрения и его влияния на познавательную деятельность, самосознание и моральное сознания. Решающее значение она придается динамике «внутренней позиции» формирующей личности [13].

«Внутренняя позиция» складывается из того, как ребенок на основе своего предшествующего опыта, своих возможностей, своих ранее возникших потребностей и стремлений относится к тому объективному положению, которое он занимает в жизни в настоящее время и какое положение хочет занимать. Именно эта внутренняя позиция обуславливает определенную структуру его отношения к действительности, к окружающим и самому себе. Через эту внутреннюю позицию и преломляются в каждый данный момент воздействия, идущие от окружающей среды [13].

В выражении сущности внутреннего мира личности ведущая роль принадлежит ее направленности. Еще одна тема научных исследований — изучение направленности как системного образования личности подростка. Полученные данные показывают, что у большинства подростков в определенной мере уже сформировалась та или иная направленность (общественная,

деловая или эгоистическая), которой определяются особенности становления соответствующих устойчивых личностных черт.

Подросток обладает сильными, иногда гипертрофированными потребностями в самостоятельности и общении со сверстниками. Подростковая самостоятельность выражается, в основном, в стремлении к эмансипации от взрослых, освобождении от их опеки, контроля и в разнообразных увлечениях — не учебных занятиях.

Общение пронизывает всю жизнь подростков, накладывая отпечаток и на учебу, и на не учебные занятия, и на отношения с родителями.

Ведущей деятельностью в этот период становится *интимно-личностное общение*. Наиболее содержательное и глубокое общение возможно при дружеских отношениях. Подростковая *дружба* — сложное, часто противоречивое явление. Подросток стремится иметь близкого, верного друга и лихорадочно меняет друзей. Обычно он ищет в друге сходства, понимания и принятия своих собственных переживаний и установок. Друг может помочь не только лучше понять себя, но и преодолеть неуверенность в своих силах, бесконечные сомнения в собственной ценности, почувствовать себя личностью [49].

Круг общения подростка не ограничивается близкими друзьями, напротив, он становится гораздо шире, чем в предыдущих возрастах. Для подростка важно иметь референтную группу, ценности которой он принимает, на чьи нормы поведения и оценки он ориентируется.

Психологические особенности переходного периода накладывают отпечаток на поведение подростка. Они создают своеобразные поведенческие модели. А.Е. Личко описал «специфически подростковые поведенческие реакции на воздействие окружающей социальной среды». В основу систематизации поведенческих реакций была положена классификация французского психиатра Мишо, которая была доработана и дополнена [55, 126].

Реакция отказа проявляется в отсутствии или снижении стремления к контакту с окружающими.

Реакция оппозиции. Выделяют реакции активной и пассивной оппозиции. Активная оппозиция выражается в нарочитой грубоcти, непослушании, вызывающем поведении, категорическом отказе выполнять какие-либо поручения. Иногда такая реакция сопровождается плачем, бранью, разрушающими или даже агрессивными действиями. Пассивная оппозиция у детей старшего возраста и подростков чаще проявляется в отказе от еды, от выполнения различных требований. А также в уходах из дома и в суициальном поведении.

Реакция имитации характеризуется стремлением во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще всего это реальный человек, обладающий авторитетом, или конкретный герой из книги или кино. Наряду с имитацией положительных качеств и поступков в подростковом возрасте особенно легко и охотно копируются асоциальные формы поведения и вредные привычки.

Реакция компенсации свойственна как детям, так и подросткам. Она характеризуется стремлением скрыть или восполнить свою слабость, несостоятельность в одной области деятельности успехом в другой. *Реакция гиперкомпенсации* характеризуется стремлением ребенка или подростка добиться высших результатов именно в той деятельности, где он оказался несостоятельным.

Реакция эмансипации. В основе реакции лежит характерная для подростков потребность в освобождении от контроля и опеки взрослых. Протест против установленных правил и порядков. Стремление к независимости, самостоятельности и самоутверждению себя как личности. В зависимости от характера поведения выделяют реакции явной и скрытой эмансипации. Реакции явной эмансипации характеризуются непослушанием, грубоностью, патологическим упрямством. Игнорирование мнения взрослых и существующих порядков приводит к алкоголизации, употреблению наркотиков, правонарушениям. Реакции скрытой эмансипации проявляются в бродяжничестве, половой свободе, создании неформальных асоциальных групп. «Подростковая

субкультура», со свойственной ей, модой, языком и специфической манерой поведения, – одно из проявлений реакции эмансипации.

Реакция группирования со сверстниками. Она может быть отнесена к ситуационно-личностным лишь условно. Стремление детей и подростков к группированию имеет глубокие филогенетические корни и носит, по существу, инстинктивный характер. Подростковая группа сама по себе играет важную роль в формировании личности отдельных ее членов. По мнению А.Е. Личко, группа «может стать главным регулятором поведения подростка». Группа сверстников для подростка служит, во-первых, важным каналом информации, которую он не может получить от взрослых. Во-вторых, новой формой межличностных отношений, в которой подростки лучше познают мир и самого себя. И, наконец, подростковая группа представляет собой новый специфический вид эмоциональных контактов, невозможных в семье.

Реакции увлечения (хобби-реакции) – это выраженный стойкий интерес к чему-либо. Часто интерес сопровождается одухотворенностью, восторженностью, влюбленностью.

Реакции, обусловленные сексуальным влечением. Ведущую роль в формировании этих реакций принадлежит повышенному, но в тоже время недифференцированному половому влечению. Для подросткового возраста характерны сексуальные фантазии, сопровождающиеся мастурбацией, рассуждения на тему секса. Более выраженная сексуальная активность проявляется в ранних половых связях, петтинге, эксгибиционизме.

Реакции, обусловленные формированием самосознания. Важным этапом развития психики является осознание своей индивидуальности, становление устойчивого образа «Я», то есть формирование самосознания. С ростом самостоятельности подросток все больше нуждается в информации о себе самом. Поэтому у каждого из них возникает вопрос: «Кто я?», «Что я?».

Выделяют *реакции, связанные с повышенным вниманием к своей внешности, и реакции, связанные с усиленным вниманием к своему внутреннему миру*. В психотравмирующей ситуации внимание на этих вопросах заостряет-

ся, а поиски ответа сопровождаются эмоциональным напряжением, чувством растерянности, тревоги и нарушением поведения.

Детские и подростковые поведенческие реакции могут быть как вариантами поведения в норме, так и патологическими нарушениями – патохарактерологическими реакциями, нарушающими адаптацию.

Если взаимоотношения подростка с окружающими людьми, полезная деятельность и социальное поведение дезорганизованы – это означает, что процесс адаптации не состоялся как социальное явление, и в данном случае говорят о дезадаптации.

Понятие «*социальная адаптация*» подразумевает способность индивидуума изменять свое поведение в зависимости от социальных условий, и отражает сложность и противоречивость процесса социализации человека, основу которого составляют социокультурная направленность общества, развитие его социального опыта, сформированность механизмов саморегуляции организма как социального явления.

Дезадаптация — это нарушение процесса взаимодействия человека со средой. Вначале этим термином определялись случаи, связанные со стойкими отклонениями в развитии человека (В.В. Ковалев, А.Е. Личко, М. Раттер и др.), сегодня понятие прочно вошло в психологическую практику для обозначения состояний неприспособленности личности к социальной среде [54, 61, 74, 77].

Кризисное состояние ребенка или подростка является проявление социально-психологической дезадаптации. Под кризисным состоянием следует понимать временную ситуационно или внутренне обусловленную дезинтеграцию личности. Кризис возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способом, сформированным на основе предыдущего индивидуального опыта. На уровне феноменологии кризис определяется как острое эмоциональное состояние, характеризующееся психическим напряжением, тревогой, нарушением когнитивной и поведенческой активности. Кризисное состояние характеризуется сильными

отрицательными эмоциями, чувством неопределенности, беспокойства, тревогой, вплоть до дезорганизации, фиксации на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества, безнадежности, а также пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженной затруднениями в планировании деятельности.

Дезадаптация возникает как в личностной, так и в социальной сфере. Пусковым механизмом в социально-психологической дезадаптации, как правило, является резкое изменение условий жизни, привычной среды, наличие стойкой психотравмирующей ситуации. Вместе с тем, немалое значение имеют те особенности или недостатки в индивидуальном развитии человека, которые не позволяют ему выработать адекватные новым условиям формы поведения и деятельности. С позиций онтогенетического подхода к исследованию механизмов дезадаптации, особое значение приобретают возрастные кризисы, которые являются переломными моментами в жизни человека, когда происходит резкое изменение его в ситуации социального развития, вызывающий необходимость реконструкции сложившегося модуса адаптивного поведения. Таким образом, в рамках понятия «кризис – дезадаптация» мы можем говорить о суицидоопасных состояниях клиента, о социально-психологической дезадаптации, являющейся следствием психологического кризиса [23, 42].

В зависимости от социального института, где произошла дезадаптация говорят о семейной, групповой, школьной дезадаптации. Расстройства адаптации (дезадаптация) часто препятствуют работе и учебе человека. В этом случае наблюдаются тревога, депрессия, утомляемость и снижение продуктивности в деятельности, ухудшения в отношениях с окружающими людьми.

Рассматривая социальный аспект дезадаптации, в зависимости от ее природы и степени выраженности С.А. Беличева выделяет патогенную, психосоциальную и социальную дезадаптацию. В рамках рассматриваемой нами проблемы, нас интересуют первые два типа [12].

Патогенная дезадаптация вызывается патологиями психического развития и нервно-психическими заболеваниями функционального и органического происхождения. Иными словами этот вид дезадаптации характерен для лиц с дизонтогенетическим развитием и пограничными расстройствами. Частыми проявлениями неприспособленности в этих случаях выступают острые аффективные реакции и патохарактерологические реакции, проявляющиеся в активных и пассивных формах реагирования на средовые воздействия в виде агрессивных, аутоагgressивных, импунистивных, демонстративных и др. реакций. Патохарактерологическое реагирование сопровождается не только утратой в поведении психологически понятной связи с психологической травмой, но и постепенным присоединением невротических компонентов, таких как раздражительность, неустойчивость настроения, аффективная возбудимость, истощаемость, соматовегетативные расстройства [55, 68].

Психосоциальная дезадаптация связана с индивидуально-типологическими и половозрастными особенностями организма, которые обусловливают нестандартность, трудновоспитуемость и уязвимость ребенка. Данный вид дезадаптации может иметь устойчивый и временный характер. Устойчивость обусловливается акцентуациями характера, индивидуальными особенностями эмоционально-волевого компонента, такими как индифферентность интересов и низкая познавательная активность, снижение эмпатийности, дефицитарность волевой и аффективной сфер. Временные формы вызваны психофизическими половозрастными особенностями, ярко проявляющимися в кризисный подростковый период развития. В группе основных предпосылок необходимо назвать неравномерность психического и психосексуального развития (задержка или опережение); отдельные психогенные состояния.

Психосоциальная дезадаптация проявляется в характерологических реакциях, преходящих, относительно кратковременных, ситуативно обусловленных и психологически понятных нарушениях поведения, которые проявляются к конкретным лицам и обстоятельствам, не выходят за рамки данной микросреды и не сопровождаются расстройствами психофизиологических

функций. Предупреждение самоубийств у подростков, не страдающих первично – психическими заболеваниями важно, так как в этой группе суицидентов в генезе суицидального поведения основную роль играют определенные факторы социально-психологического плана. Их знание делает возможным предупреждение аутоагрессивных поступков при помощи специальных методов психокоррекционной работы.

Таким образом, суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте можно рассматривать как проявление дезадаптации и крайнее проявление психологического кризиса (В.В. Козлов, 1999) [42].

Глава 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал и методы исследования

Нами было обследовано 234 больных с острыми преднамеренными отравлениями лекарственными препаратами, совершенными с суицидальной целью. Факт отравления во всех случаях был подтвержден химико-токсикологическим исследованием. Все они находились на стационарном лечении в токсикологическом центре детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф. Филатова в период с 2002 по 2004 гг. При анализе клинического материала использовались материалы 234 историй болезни (учетная форма № 3).

Для исследования были отобраны психически практически здоровые дети и подростки, включая лиц с акцентуациями характера, совершившие суицидальную попытку в условиях психотравмирующей ситуации. До совершения суицидальной попытки ни один из детей не наблюдался у психиатра.

Возраст пациентов варьировал от 8 до 14 лет. При этом большинство суицидальных попыток было совершено 14-летними подростками. Средний возраст суицидентов составил 13,2 лет. Распределение суицидентов по полу показало, что 197 человек – 84% составили девочки, 37 человека – 16% — мальчики. В возрастной группе старше 12 лет количество суицидентов женского пола почти в 6 раз превышало количество лиц мужского пола (табл. 4).

Большинство обследуемых обучались в 3 – 9 классах массовых школ, в соответствии с возрастом. Семь четырнадцатилетних подростков обучались на первом курсе средних специальных учебных заведений (профессиональный колледж, лицей). Четыре ребенка обучались в школах-интернатах для

детей-сирот по программам массовых школ. В уровне успеваемости был значительный разброс (от «второгодников» до «круглых отличников»).

Таблица 4.

Распределение суицидентов по возрастам

Возраст (лет)	Мальчики	Девочки	Всего
8	1	-	1 (0,5%)
9	-	1	1 (0,5%)
10	2	5	7 (3,0%)
11	5	7	12 (5,0%)
12	3	16	19 (8,0%)
13	11	56	67 (28,5%)
14	15	112	127 (54,5%)
	37 (16%)	197 (84%)	234

Более 80% больных были выписаны из соматического стационара домой под категорическую расписку родителей. На долечивание в психиатрический стационар было переведено 23 чел. (9%).

По катамнестическим данным повторная суициdalная попытка была совершена в 15 случаях. Смертельных исходов при повторных попытках не было. 12 человек поступали в наш стационар повторно (в двух случаях три раза). Все эти дети в дальнейшем были переведены в детскую городскую психиатрическую больницу № 6 по поводу стойкой суициdalной установки.

В качестве основных методов исследования применялись клинико-психологический, экспериментально-психологический, а также катамнестический методы.

Для систематизации данных, полученных в ходе исследования, нами были разработаны: *клинико-анамнестическая карта*, включающая в себя сведения о социальных характеристиках испытуемого и его родственников, данные анамнеза, результаты экспериментально — психологического иссле-

дования и анализ суициdalной попытки; схема психологического обследования детей с суициdalными отравлениями.

Анамнестические сведения были получены в ходе беседы (клинического интервью) с испытуемыми и их родственниками, а также на основании имеющейся документации. Анализу подвергались также объективные сведения, полученные у родителей и других членов семей суицидентов, данные врачей-токсикологов, невропатологов.

Клиническое интервью позволило выявить, а в некоторых случаях уточнить характеристики суициdalной попытки (мотив, цель, средство, степень риска завершенности).

Экспериментально-психологическое обследование включало в себя следующие методики.

Исследование характерологических особенностей пациентов проводилось с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) (А.Е. Личко, 1977), включающего в себя дополнительные шкалы, в т.ч. для оценки истинности суициdalной попытки. Данная методика позволила определить наличие и степень выраженности акцентуированных черт характера, степень риска формирования психопатии, депрессивных расстройств, социально – психологической дезадаптации. Дополнительные шкалы опросника в комплексе с другими методами применялись для дифференциальной диагностики мотивов и целей суициdalных попыток.

С целью выявления и анализа мотивационных аспектов суициdalных отравлений были использованы: тест «Суициdalная мотивация» (Вагин, 1998). Тест позволяет выявить и количественно оценить семь мотивационных комплексов суициdalного поведения. Каждому мотивационному комплексу соответствует 5 из 35 высказываний. На основании количественных показателей строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр суициdalной мотивации каждого обследованного ребенка.

Объективно оценить истинность суициdalных намерений позволила объективная «Шкала суициdalной интенции» (А. Beck, 1999). Тест позволя-

ет в балах оценить степень суициальной интенции, т.е. выраженность, напряженность, и в определенном смысле истинность суициальных тенденций у лиц, совершивших суициальную попытку. Чем выше общий балл по всем 15 параметрам, учитываемым в тесте Бэка, тем более достоверна реальность суициальных намерений.

Для оценки эмоционального состояния обследованных пациентов была использована объективная шкала степени выраженности депрессии (M. Hamilton, 1967).

Диагностика нарушений во взаимоотношениях детей и подростков с родителями, а также их причин, проводилась с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (ACB) (Э.Г. Эйдемиллер, 2000). Опросник содержит шкалы для выявления отклонений в отношениях родителей к детям и дает возможность выявить причины этих нарушений.

Методика «Анализ семейной тревоги» (ACT) (Э.Г. Эйдемиллер, 2000) отражает спектр переживаний подростка, связанный с его позицией в семье, с тем, как воспринимает себя в ней.

Поскольку результаты, полученные при использовании всех перечисленных шкал и экспериментально-психологических методик, имеют числовое выражение – это сделало возможным применение методов математической статистики.

2.2. Анализ и обсуждение результатов

Эпидемиология преднамеренных отравлений имеет определенные закономерности. В данной работе мы ориентировались на статистический анализ Детской токсикологической службы г. Москвы [86].

Учет пациентов с преднамеренными суициальными отравлениями позволил выделить возрастную группу риска: подростки 14-15 лет (54,5%).

Количество девочек, совершивших суицидальную попытку, превышало количество мальчиков, особенно в возрастной группе 12 – 15 лет.

Своебразная метеопатия суицидальных отравлений прослеживается по временам года: весной и осенью поток увеличивается, зимой остается на среднем уровне, летом резко снижается.

Наибольшее количество отравлений в течение суток приходится на период от 20 до 24 час. с максимумом в 22 час. По дням недели минимальное количество преднамеренных отравлений наблюдается в пятницу, наибольшее – в субботу и воскресенье.

В большинстве случаев единственным способом суицидальных действий было самоотравление. Преобладали отравления лекарственными препаратами (98,3%). В двух случаях имели место отравления прижигающими ядами.

У части детей и подростков, наряду с отравлением имели место другие самоповреждения: в 30% случаях суициденты наносили себе насечки острыми предметами на предплечье, которые не угрожали жизни и здоровью больных, а приводили лишь к косметическому дефекту; в одном случае была совершена неудачная попытка, ввести шприцем воздух в вену; в двух случаях имела место ингаляция бытового газа. 19 чел. (9%) совершили суицидальную попытку в состоянии легкого алкогольного опьянения, которое, однако, нельзя было поставить в причинно-следственную связь с суицидом [89].

Частота использования лекарственных препаратов разных фармакологических групп представлена в табл. 5.

Как видно из табл. 5, первое место по частоте отравлений занимают препараты психотропной группы, в основном транквилизаторы и нейролептики, что связано с их относительной доступностью и широким применением в амбулаторной практике. В этой группе суицидальных отравлений выбор препарата был осознанным, имел место расчет на прямой и побочный эффекты препаратов. Препараты этой группы приобретались, как правило, заранее.

Таблица 5.

Частота использования лекарственных препаратов
с суицидальной целью

Транквилизаторы	88	Оксазепам	2
		Рудотель	1
		Феназепам	85
Нейролептики	11	Аминазин	1
		Азалептин	1
		Галоперидол	2
		Сонапакс	3
		Тизерцин	1
		Трифтазин	2
		Фенотиазин	1
Антидепрессанты	4	Амитриптиллин	3
		неуточненные	1
Неуточненные психотропные препараты			3
Противосудорожные средства	14	Баклофен	2
		Бензонал	1
		Клоназепам	2
		Паглюферал	1
		Фенобарбитал	1
		Финлепсин	7
Снотворные средства	11	Донормил	6
		Радедорм	2
		Реладорм	3
Антихолинергические препараты	2	Беллатаминал	1
		Циклодол	1
Антигистаминные препараты	7	Димедрол	4
		Дименгидринат	1
		Супрастин	2

Продолжение табл. 5.

Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства	11	Анальгин	3
		Аспирин	4
		Диклофенак	1
		Цитрамон	2
		Неуточненные	1
Сердечно-сосудистые средства	5	Атенолол	1
		Верапамил	1
		Дигоксин	1
		Клофелин	1
		неуточненные	1
Препараты других фармакологических групп	15	Но-шпа	5
		Партусистен	1
		Ремантандин	1
		Циннаризин	3
		Церукал	3
		Эуфиллин	2
Смесь таблеток	62	включает в себя препараты вышеперечисленных групп, наиболее частый компонент – феназепам	
Перманганат калия	1		
Уксусная эссенция	1		

Далее следуют отравления смесью таблеток, включающей в себя препараты разных фармакологических групп. В этой группе выбор препаратов был, как правило, случайный.

Третью группу лекарственных препаратов, использованных для суициdalной попытки, составили препараты разных фармакологических групп. В этой группе мотивы выбора препарата были разными, в некоторых случаях – случайный выбор, в некоторых – расчет на фармакокинетику препарата и его побочные эффекты.

Заканчивая характеристику структуры отравлений лекарственными средствами, хотелось бы акцентировать внимание на двух случаях отравления прижигающими ядами, к которым относятся кристаллы перманганата калия и уксусная эссенция.

Вероника С., 13 лет, поступила 12.11.03. Учится в 8 классе массовой школы, успеваемость хорошая. Живет вдвоем с мамой, вдовой 43 лет. Семейный анамнез психическими заболеваниями не отягощен. Девочка состоит на учете у гастроэнтеролога, аллерголога.

В 2002 г. ребенок перенес психотравму - от тяжелого заболевания умер отец. Спустя две недели появилась эмоциональная лабильность, фон настроения пониженный, с субдепрессивным оттенком. Девочка стала конфликтной, потеряла интерес к прежним увлечениям, несколько снизилась успеваемость. Мыслей о самоубийстве не возникало.

Накануне поступления в стационар, после бытовой ссоры с мамой выпила глоток уксусной эссенции, мотив -- наказать себя («за то, что я такая плохая»).

Эмоционально-лабильна, настроение снижено, преобладание тревожно-тоскливого аффекта. Гипомимия. Ощущение собственной несостоятельности, никчемности, идеи самоуничижения. Временная перспектива не сформирована, будущее оценивает пессимистически.

Когнитивная сфера без патологии. Анализ семейного воспитания – гиперопека, с расширением родительских чувств. Эмоциональная зависимость матери и дочери. Отсутствие четких внутрисемейных границ.

Психиатрический диагноз: затяжная реакция на стресс, депрессивный синдром.

Психологическое заключение: острые аффективные интрапунитивные реакции, на фоне затяжного депрессивного состояния.

От перевода в психиатрический стационар мать девочки категорически отказалась. Реабилитация в постсуициdalном периоде проводилась по традиционной схеме, в индивидуальном и групповом режиме, с включением семейных сессий, и было направлена на коррекцию эмоциональной сферы и социально-психологическую адаптацию девочки. Получен стойкий положительный эффект.

Катамнез через год: девочка состоит на учете у хирурга, получает соответствующее лечение по поводу рубцового сужения пищевода. Эмоциональная сфера без патологии, отношения с мамой теплые, доверительные. Анализ семейного воспитания: гармоничный тип, автономия и взаимоуважение.

Приведем еще один клинический случай суициального отравления прижигающим ядом.

Сергей Г., 14 лет, поступил 24.04.03, учится в 9 классе массовой школы, успеваемость средняя. Живет с матерью 34 лет и ее гражданским мужем, отца не знает. Отношения в семье конфликтные.

В 2002 г. стационарировался в наше отделение в связи с суициальной попыткой (мотив – альтруистический) отравления феназепамом, был переведен в психиатрический стационар, курс индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на социально – психологическую адаптацию не прошел. Наблюдается у психоневролога, к психологу после выписки из стационара в 2002 году не обращался, мать рекомендации психолога и психиатра проигнорировала.

24.04.03 пришел домой в состоянии алкогольного опьянения. После бытовой ссоры с матерью схватил флакон с кристаллами перманганата калия и высыпал себе в рот. Со слов ребенка «глотать не собрался», «не думал, что будет такой сильный ожог». Мотив самоотравления – манипулятивный.

При осмотре настроение ровное, контакт формальный, выказывает негативное отношение к родным и к школе. Демонстративен, экзальтирован.

Когнитивные функции без патологии. Интеллект – низкая норма. Самооценка и уровень притязаний неадекватно завышен, склонен ко лжи и фантазированию. Анализ семейного воспитания – доминирующая гиперпротекция.

Психиатрический диагноз: реакция протеста.

Психологическое заключение: патохарактерологическая реакция протеста у ребенка с акцентуацией характера.

От перевода в психиатрический стационар мать ребенка категорически отказалась. Реабилитация в постсуициальном периоде проводилась по традиционной схеме, в индивидуальном и групповом режиме, с включением семейных сессий, и была направлена на коррекцию личностных деформаций и социально-психологическую адаптацию. Получен положительный эффект. Рекомендации по воспитанию и конструктивному взаимодействию с ребенком мама не соблюдала.

Катамнез через год: отношения в семье не изменились. Мальчик продолжает учебу в школе. Планирует поступать в театральный институт. Суициального поведения в течение года не отмечалось. Наблюдается у психоневролога, медикаментозного лечения не получает.

Суицидальное поведение всегда является сложным результатом взаимодействия нескольких мотивационно-когнитивных комплексов с различной степенью выраженности каждого из них. Мотивационные компоненты могут осознаваться, или быть неосознаваемыми.

Мотив – осознанное побуждение для определенного действия. Мотив любых человеческих действий естественно связан с их целью, поскольку мотивом является стремление ее достигнуть. Но мотив может расходиться с целью и сместиться на один из результатов деятельности, и входить в состав действий, ее составляющих. В таком случае побочный результат действий становится для человека целью его действий.

Необходимо отметить и разницу между такими понятиями как мотив (побуждение) и мотивировка (рациональное объяснение субъектов своих действий).

С помощью методики «Суицидальная мотивация» нами были выявлены и проанализированы мотивационные аспекты суицидальных отравлений. Результаты представлены в табл. 6.

Таблица 6.

Основные суицидальные мотивационные комплексы

Мотив	Количество (чел.)	%
Альтруистический	23	10%
Аnestетический	-	-
Аномический	5	2%
Аутопунитический	19	8%
Гетеропунитический	110	47%
Инструментальный	76	32,5%
Поствitalный	1	0,5%

Альтруистические мотивы в нашей выборке диагностированы в 10% случаев. Этот мотив отражает желание умереть, «чтобы всем было только лучше»; желание избавить окружающих от проблем, связанных с собствен-

ным существованием, никому не мешать, не быть обузой; мысли о том, что собственная смерть может что-то изменить к лучшему вокруг. Альтруистическое самоубийство впервые было описано E. Durkheim.

Альтруистическая мотивация часто выявляется у подростков, которые по тем или иным причинам считают себя виновными в проблемах близких людей. В этих случаях альтруистическая мотивация, как правило, сочетается с мотивацией самонаказания.

Альтруистическая мотивация нередко встречается у девочек – подростков при любовных конфликтах. Они утверждают, что если умрут, то избавят любимого от всех проблем, что он «немного погорюет, а затем будет счастлив с другой».

Аномические мотивы диагностированы в 2% случаев и были связаны с депрессивным расстройством. Этот мотив отражает потерю смысла и интереса к жизни, утрату внутренней силы для жизни, представления о том, что всё хорошее позади и впереди ничего нет.

Та жизнь, которая мысленно рисуется подростку впереди, не устраивает его по тем или иным причинам. Она не соответствует его ожиданиям — и он не видит смысла в своём дальнейшем существовании.

Аномическое самоубийство наряду с альтруистическим описано E. Durkheim как самостоятельная форма. «Всякое живое существо может жить, а тем более чувствовать себя счастливым только при том условии, что его потребности находят себе достаточно удовлетворения. В противном случае, то есть, если живое существо требует большего или просто иного, чем то, что находится в его распоряжении, жизнь для него неизбежно становится непрерывной цепью страданий. Стремление, не находящее себе удовлетворения неизбежно атрофируется, а так как желание жить есть по существу своему производное всех других желаний, то оно не может не ослабеть, если все прочие чувства притупляются» [27].

Аnestетические мотивы отражают представление о том, что только смерть может избавить подростка от внутренних психологических страда-

ний, невозможность больше терпеть ситуацию, невозможность найти другие пути избавиться от бесконечной и мучительной душевной боли.

Выявление анестетической мотивации у подростка при выраженной психалгии, в первую очередь, требует специализированной психологической и психотерапевтической помощи. Анестетические мотивы не были диагностированы в нашей выборке. Мы это связываем с однородностью выборки по способу суицида, при анестетической мотивации, по-видимому, подростки выбирают более опасные способы самоубийства.

Инструментальные мотивы диагностированы в 32,5% случаев. Данная мотивация отражает неспособность изменить неблагоприятную для подростка ситуацию другим образом, и связана с желанием доказать что-то хотя бы таким образом, хотя бы своей смертью как последним и самым веским аргументом; иногда же это просто желание привлечь к себе внимание.

Подростки с инструментальной мотивацией используют суициальную модель поведения как шантажно-манипулятивную технику. Высокого риска совершения суицида в таких случаях, как правило, нет. Суициальное поведение остаётся на уровне мыслей, фантазий, высказываний, демонстративных попыток с использованием заведомо не смертельных способов и средств.

Особое внимание необходимо уделять суициальному поведению с инструментальной мотивацией у детей младшего школьного возраста. Дети убеждены, что смерть имеет свой конец и после того, как она закончится, жизнь начнётся сначала, без прежних трудностей и конфликтов. Дети образно представляют собственные похороны, горе и раскаяние близких. Они подсознательно уверены в том, что можно быть свидетелями этого события и убедиться собственными глазами, что все, кого ребёнок хотел наказать или разжалобить своей смертью, пребывают в глубоком отчаянии.

Аутопунитические мотивы диагностированы в 8% случаев. Данная мотивация отражает желание наказать себя, и связана с представлениями о недопустимости своего существования, желание быть самому себе и судьёй и палачом.

У мальчиков достаточно распространённой причиной аутопунитического суицидального поведения является неспособность чего-либо добиться с последующими обвинениями себя в слабости, бесхарактерности, безволии. При этом суицидальное поведение рассматривается ими как, в какой-то степени, компенсация слабости, как единственный сильный поступок, на который они могут быть способны: «если я не могу быть сильным в жизни, то я хотя бы смогу быть сильным в смерти».

У девочек аутопунитические суицидальные мысли часто возникают как следствие чувства собственной неполноценности, ненужности, когда им начинает казаться, что их существование каким-либо образом мешает окружающим, особенно в ситуации «любовного треугольника».

Гетеропунитическая мотивация в нашей выборке диагностировалась чаще всего – в 47% случаев. Данная мотивация отражает желание отомстить кому-то, наказать, причинить боль, страдание, пробудить у окружающих мысли совести, создать своей смертью всем проблему.

Для подростковой культуры подобный мотивационный механизм очень характерен. Подобный тип суицидального поведения более характерен для младшего и среднего подросткового возраста. Суицидальные мысли с мотивацией «наказать другого» встречаются даже у детей, которые представляют, как (чаще не после самоубийства, а просто собственной смерти) будут мучиться родители, учителя, близкие, которые их чем-то обидели. Эти фантазии имеют чаще защитный, компенсаторный характер, не являются патологией и в подавляющем большинстве случаев не выходят за пределы мыслительной активности.

У подростков старшего возраста суицидальные мысли данного типа реализовываются в поведении, чаще всего с элементами демонстративности и, следовательно, в сочетании с инструментальной мотивацией.

Поствitalная мотивация отражает надежду на что-то лучшее после смерти, желание умереть «здесь», чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни, желание уйти «туда», к кому-то очень важному в жизни подро-

стка и любимому, мысль о смерти как о пути к новой жизни. В нашей выборке данная мотивация была диагностирована у одного ребенка (0,5%) с тяжелым реактивным депрессивным расстройством.

В структуре суицидального поведения, помимо мотивационных аспектов необходимо также выделить отдельно причины, повод, а также факторы риска суицидального поведения. Причина суицидального отравления – понятие глубокое и сложное, тесно связанное с уровнем и особенностями социально – психологической адаптации ребенка. Основная причина, как правило, связана с возникновением суицидоопасного кризисного состояния. Кризисное состояние само по себе является фактором риска, но может и не привести к суицидальному поведению.

Наиболее частные причины кризисных состояний в подростковом возрасте:

1. Потери, утраты:

- актуальная утрата: смерть близкого человека, разрыв романтических отношений, развод (потеря одного из родителей), смерть домашнего животного;
- необъектная утрата: униженное самолюбие (потеря «лица»);
- ожидаемая или предвидимая утрата, которая оценивается как реально произошедшая;
- псевдоутрата: неправильная оценка события;
- разочарование или неоправданное ожидание.

2. Интерперсональные проблемы микросоциального окружения:

- в школе: стремление к высоким оценкам, в т.ч. спортивным успехам, одновременное выполнение нескольких важных заданий, сверхактивное участие в общественной жизни, требования дисциплины;
- со стороны сверстников: стремление быть принятным в группу, нравы и ценности группы (расхождение с личностными ценностями), алкоголь, наркотики, секс, музыкальные пристрастия, манера одеваться;

— со стороны родителей: требования успеха, перфекционизм, материальные проблемы, в т.ч. проблема карманных денег, оплаты мобильных телефонов, выбор учебного заведения, требование подобающего образования, выбор друзей, конфликт между потребностью в контроле и желанием быть независимым, конфликтные отношения между родителями, манера одеваться, музыкальные пристрастия, проповеди, а не примеры со стороны родителей.

3. Низкая самооценка:

- физическая непривлекательность;
- второсортность (ребенок, который всегда в стороне);
- проблемы сексуального взросления;
- одежда;
- физическая слабость;
- хронический неуспех в учебе, особенно на фоне успешного брата или сестры.

От причины следует отличать повод, т.е. непосредственную причину, приведшую, к суициdalной попытке, стимулировавшую ее. *Повод* – это событие, которое выступает толчком для реализации суициdalных тенденций. Повод носит внешний, случайный характер и не является звеном причинно-следственных отношений.

К непосредственным *поворотам суициdalных попыток*, мы отнесли:

- актуальный конфликт в семье;
- конфликт в группе сверстников (с лидером группы);
- конфликт с педагогами (в школе, спортивной секции);
- конфликт с любимым мальчиком / девочкой;
- исключение из школы, неудовлетворительная оценка на экзамене;
- страх перед серьезным испытанием, экзаменом, ситуацией личной ответственности, наказанием.

Под условиями понимают комплекс явлений, обстоятельств, которые не порождают напрямую суициdalные действия, так называемые внешние

или экстраперсональные факторы. Условия выступают необходимой предпосылкой становления и развития суициального поведения. Одни и те же причины в разных условиях приводят к разным следствиям. Анализируя причины детско-подростковых суициальных попыток, мы неоднократно отмечали их зависимость от внешних факторов.

Индивидуально-личностные особенности играют роль внутренних или интраперсональных факторов.

Анализируя суициальное поведение в группе обследованных нами детей, надо отметить, что во всех случаях суициальная попытка была связана с индивидуально значимыми психотравмирующими факторами.

Отдельно необходимо выделить *факторы риска завершенности суицида*:

- ранний постсуициальный период;
- использование наиболее опасных или необычных средств и методов самоубийства, при которых вероятность оказания своевременной и эффективной медицинской помощи минимальна;
- тщательно разработанный план суицида;
- некупируемые суициальные тенденции (настойчивое желание умереть);
- неоднократные суициальные попытки в прошлом;
- мысли об успокоении в загробной жизни, поствитальные переживания.

Связь причин и факторов суициального поведения представлены на рис. 2. в виде схемы формирования суициального поведения.

Необходимо отметить противосуициальные факторы, а также противосуициальные мотивационные комплексы, которые диагностировались и были эффективно использованы в психокоррекционной работе.

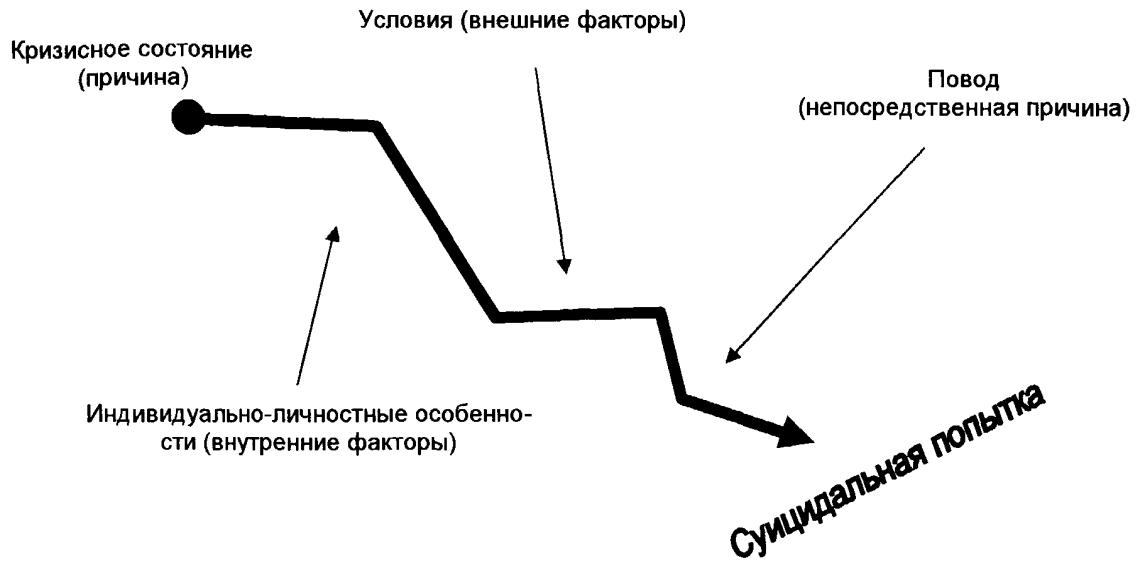


Рис. 2. Схема суицидального поведения

1. Витальная мотивация. Естественный страх и ужас перед смертью, связанный с инстинктом самосохранения. Необходимо помнить, что у подростков смерть может явиться своеобразным воспитанием. Быть смелым – значит смочь убить себя.
2. Религиозные мотивы. Самоубийство – грех.
3. Этические мотивы. Нежелание делать больно родным и близким, причинять страдания окружающим. Жить ради близких. Более выражен у зрелых людей. У подростков встречался редко, так как они еще не принимают на себя обязательства об ответственности за кого-либо.
4. Моральные мотивы. Самоубийство – слабость и трусость, «позорное бегство», безволие. Страх осуждения со стороны окружающих нежелание оставить о себе «плохую память». Моральные мотивы не идентичны этическим и во многом уступают им. Этические аспекты архетипичны, традиционны. Моральные критерии относительны.
5. Эстетические мотивы. Восприятие самоубийства как некрасивого поступка:

— при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о красоте и чести, приемлемости того или иного способа самоубийства в данной социальной среде;

— при прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который, по его мнению, ведет к наименьшему обезображиванию тела;

— при прочих равных условиях, человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих [87, 94].

Эстетический фактор следует всегда учитывать в работе с подростками. Следует описывать нелицеприятные моменты погребения и др.

6. Нарциссические мотивы. Любовь и жалость к себе в хорошем смысле этого слова. Нежелание умирать, не закончив дела, еще многое можно сделать и пережить.

7. Мотивы когнитивной надежды. Неуверенность в том, что все, что можно было сделать, уже сделано. Убежденность, что выход все-таки есть. Поиск, надежда найти решение. Именно в связи с этим большинство подростков информирует окружающих о своих намерениях, даже если формально они отрицают возможность выхода из ситуации и разрешимость проблем. Не бояться приводить примеры из жизни.

8. Мотивы временной инфляции. Утро вечера мудренее. Если нельзя справиться с проблемой сегодня, то, возможно, удастся справиться завтра.

9. Мотивы финальной неопределенности. Возможность не умереть, а остаться на всю жизнь инвалидом.

Для диагностики эмоционального состояния, а, именно, наличия и степени выраженности депрессивной симптоматики использовалась объективная шкала Гамильтона (HRDS). Использование субъективной шкалы Бека для этих целей у детей и подростков оказалось неинформативным, что связано с несформированностью у них навыков самоотчета, незрелостью рефлексив-

ных процессов, эмоциональной лабильностью, присущей возрасту, а также зависимостью изменения актуального состояния от внешних факторов.



Рис. 3. Оценка депрессивного состояния

Всем суицидентам, состояние которых оценивалось в 18 – 25 баллов, психиатрами были выставлены диагнозы: депрессивный эпизод легкой степени (F32.1), кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.2), смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25). Состояние, оцененное по шкале депрессии ниже 18 баллов, как депрессивное не рассматривалось.

Необходимо отдельно сказать про большую группу пациентов, которые по шкале депрессии были оценены в 4 балла. В этой группе можно было положительно оценить лишь один пункт № 3 «Суицидальные намерения», согласно которому любая серьезная попытка оценивается как 4 балла. Соответственно, сам факт госпитализации ребенка с суицидальным отравлением предполагал подобную оценку.

То же относится к значениям 5 – 13 баллов. В 4 балла оценивался факт суицидального отравления, остальные баллы складывались в основном из наличия невротической симптоматики, такой, как диссомния, чувство вины, сниженное настроение.

Показатели значений по объективной шкале суицидальной интенции Бека отражены в диаграмме. Большое количество средних значений можно расценивать как «шанс на спасение», который оставляют себе суициденты.

Анализ результатов по тесту А. Личко ПДО показал у 230 детей (98%) высокий риск дезадаптации, у 132 детей (52%) риск психопатизации. Показатели конформности и эмансипации соответствуют типичным для каждого вида акцентуации показателям. Показатели «истинности – демонстративности» суицидальной попытки коррелируют с показателями теста суицидальной интенции и являются значимыми для дальнейшей психокоррекционной работы. Однако, напомним, что у детей до 10 — 11 лет все суицидальные попытки необходимо рассматривать как несчастные случаи. Это связано с тем, что адекватная концепция смерти формируется у человека к 11 – 14 годам. В подростковом возрасте, с точки зрения психологической помощи, мы рассматриваем все попытки как истинные. Во-первых, это связано с тем, что даже подросток не может правильно оценить последствия своих действий, особенно когда это связано с приемом лекарственных препаратов. Во-вторых, любые суицидальные действия или тенденции в детско-подростковом возрасте сигнализируют о неблагополучии в детской душе, и нуждаются в специальной психологической помощи.

По типу акцентуаций распределение произошло следующим образом:

Таблица 7.

Распределение типов акцентуаций в выборке

Тип акцентуации	Кол – во, чел. /%	
-	16	7%
И	87	37%
ИЭ	42	18%
ЛИ	18	8%
ШИ	3	1%
Э	9	4%
Ц	25	10,5%
Л	34	14,5%

У суицидентов преобладают истероидный, истеро-эпилептоидный, лабильный и циклоидный. Встречаются лабильно-истероидный, эпилептоидный и шизо-истероидный. Наши результаты подтверждают и соответствуют данным литературы.

Истероидный тип. В суицидальном поведении преобладают инструментальные мотивы и демонстративно–шантажные суицидальные попытки.

Истеро-эпилептоидный тип. Нет характерного типа суицидальной мотивации, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта, имеют латентные черты демонстративности.

Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Суицидальная мотивация чаще аутопунитическая, альтруистическая, аномическая и анестетическая. Все циклоидные подростки отличались сенситивностью. Однако МДЧ сенситивного типа не было достигнуто ни в одном случае.

Лабильный тип. Суицидальные действия совершались в период острых аффективных реакций интрапунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день. Были диагностированы все типы суицидальных мотивов, в т.ч. смешанные.

Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период дисфорических аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но трансформировались в интрапунитивные. Мотивы – разные, в т.ч. смешанные, часто суицидальным действиям предшествовала гетероагgression.

Лабильно-истероидный тип. Для них характерно сочетание гетеропунитической и инструментальной мотивации.

Шизоидно-истероидный тип. Как правило, четко выраженная альтруистическая или аутопунитическая мотивация. Таких детей было всего трое, поэтому результаты не могут быть статистически значимыми. Все дети были

препубертатного возраста, поэтому есть высокий риск трансформации личностных особенностей в психопатологическое состояние.

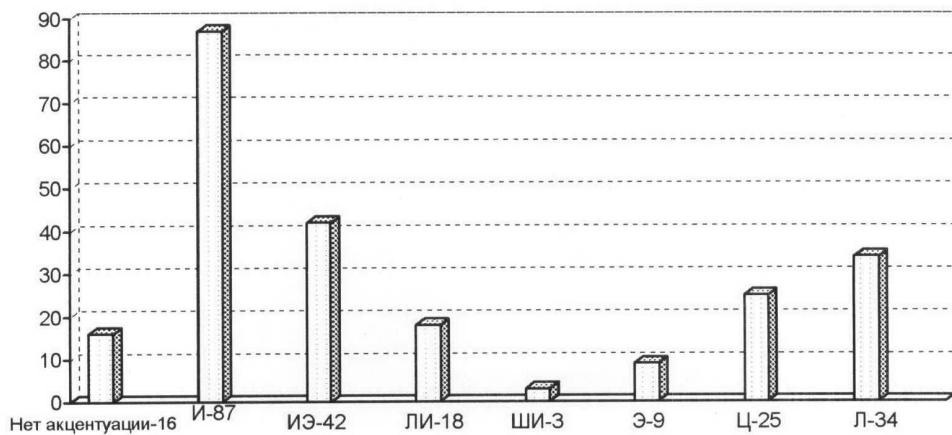


Рис. 4. Распределение по типу акцентуаций

Психологические аспекты жизни ребенка в семье оказывают влияние на его психическое и личностное развитие. Семья может выступать как психотравмирующий фактор, а также как фактор, нивелирующий или обостряющий психотравмирующее воздействие на ребенка вне семьи.

Семья является малой социальной группой. К социально-психологическим характеристикам семьи относят ее структуру: размер, состав семьи, взаимоотношения между ее членами. Воспитываясь в семье, ребенок видит действия и поступки, характер взаимоотношений своего окружения, принимает потребности, идеалы, интересы, цели и ценности членов семьи. В жизни семьи нет мелочей, незначительных деталей, которые не касались бы определенных сторон жизни ребенка [48, 72].

Такие аспекты как денежные доходы, жилищные условия, уровень образования и социальное положение родителей имеют значение, но не являются решающими факторами правильного воспитания и развития ребенка.

Состав семьи важен потому, что каждый член семьи играет определенную роль в воспитании ребенка. Невозможно выделить члена семьи, отсутст-

вие которого наиболее губительно для личностного и психического развития ребенка.

Мама – первый человек, с которым взаимодействует малыш, войдя в этот мир. Отсутствие материнской любви в раннем детстве приводит к явлениям тяжелой депривации. Материнская любовь стимулирует развитие ребенка. По нашим наблюдениям большинство подростков (мальчиков и девочек) оценивают отношения с матерью как более близкие и доверительные, чем с отцом. При этом нельзя недооценивать роль отца в воспитании ребенка. Очевидно, что ребенок, воспитанный одинокой матерью, часто испытывает трудности в период взросления и становления характера, имеет проблемы межличностного общения. Особенно ярко это проявляется у подростков мужского пола.

Отец, также как и мать является примером поведения. Отцовское воспитание существенно расширяет кругозор ребенка, стимулирует правильное интеллектуальное и личностное развитие. С ролью отца в семье связаны такие понятия как дисциплина и порядок. Для девочки он является собой образ защитника, формирует адекватное отношение к противоположному полу и к семейной жизни в будущем. Для мальчика способствует формированию личностной идентичности, профессионального самоопределения.

Родительская пара – отец и мать – формируют у ребенка образ здоровых, правильных отношений, который он потом принесет в свою взрослую жизнь. Они являются для детей эталоном женственности – мужественности.

Братья и сестры необходимы растущему и взрослеющему человеку для более полного мироощущения. Это первый опыт партнерских отношений, совместной деятельности. Опыт конструктивного разрешения конфликтов. Наличие нескольких детей в семье способствует правильной адаптации каждого из них в обществе.

Бабушки и дедушки, при условии их правильного отношения к родительской функции собственных детей вносят неоценимый вклад в воспитание внуков. Общение семьи со старшим поколением создает у растущего че-

ловека ощущение приверженности традициям. Старшее поколение в силу своего жизненного опыта, мудрости и безоценночного отношения зачастую является буфером в сложных отношениях подростка с родителями.

Размер семьи, также как и ее состав, является фактором, способствующим или осложняющим адаптацию ребенка в социуме. Однако необходимо отметить, что трудности могут возникнуть и в неполной и в многодетной семье и в семье с единственным ребенком.

Следующий фактор семейного воспитания – это характер взаимодействия ребенка с взрослыми, стиль семейного воспитания. Правильное, гармоничное воспитание разумная любовь и забота, взаимное уважение ребенка и взрослого способствуют компенсации тех искажений развития, которые обусловлены нарушенным составом семьи.

В действительности семья может быть не только источником личностного роста, гармоничного развития и взросления ребенка. В некоторых случаях семья может стать источником острой или хронической психотравмы. Особенностью психики ребенка любого возраста является то, что реакция на острые травмы бывает мягче и пластичнее, чем на длительные психотравмирующие воздействия, особенно со стороны близких ему людей.

Другая сторона проблемы – это роль семьи как фактора сенсибилизации подростка к психической травме. Неправильное воспитание, отсутствие поддержки, неадекватное отношение членов семьи к проблемам ребенка определяют его реакцию на психотравмирующую ситуацию вне семьи. Неправильная реакция семьи на травматичную ситуацию может усугубить и утяжелить ее, способствовать переходу острой психотравмы в хроническую.

Распавшаяся семья, отсутствие родителей, неправильное воспитание, многочисленные семейные конфликты, повторные психические травмы, острые тяжелые психогенные переживания, наряду с психопатологической наследственной отягощенностью и соматическими заболеваниями способствуют формированию суицидальных тенденций у детей и подростков. Негармоничная семья стоит на первом месте среди психогенных факторов возникно-

вения психопатологических (в т.ч. реактивных состояний) в подростковом возрасте. Острые и длительно действующие психогенные воздействия, обусловленные изменившейся жизненной ситуацией, связанной с семьей, в подростковом возрасте носят характер субшоковых факторов.

По составу семьи подростков, совершивших суициальную попытку, разнообразны. Более половины семей (51,5%) были неполные, среди них были многодетные и асоциальные, дети воспитывались одинокими матерями или разведенными женщинами. Контактов с отцами в большинстве случаев не было, либо они были эпизодическими, формальными. Отцы в воспитании детей участия не принимали. В 17% семья состояла из матери, подростка, отчима и ребенка от второго брака матери. Стаж второго замужества во всех случаях не превышал 5 лет. Появление нового члена семьи во всех случаях приходилось на ранний пубертатный или препубертатный возраст обследованных нами детей и сам по себе являлся психотравмирующим фактором. В 23,5% случаев семья была полная, формально гармоничная. В этих семьях диагностированы разные типы неправильного семейного воспитания. Среди полных семей были многодетные и асоциальные. Троє детей (1,3%) воспитывались отцами, пятеро (2,1%) – в новой семье отца, все восемь детей не имели сибсов. Шестеро (2,5%) детей жили «на два дома», родители были разведены, жили отдельно, дети же по нескольку дней в неделю находились, то у матери, то у отца. На вопрос «С кем ты живешь, а к кому ходишь в гости?» они затруднялись ответить. Четверо детей (1,7%) воспитывались опекунами-родственниками (табл. 8).

Анализ семейного воспитания с помощью опросника АСВ мы проводили только с родителями (отчим или мачеха опросник не заполняли независимо от качества отношений с ребенком, это делалось, в основном, для чистоты полученных данных), родными бабушками и дедушками (прародителями), если они являются опекунами, т.е. выполняют функцию родителей, и в одном случае на вопросы отвечала тетя – опекун, родная сестра покойной матери, не имеющая своих детей. Всего в опросе приняли участие 196 родителей. 61

семейная пара, в т.ч. в состоянии развода, 168 одиноких родителей, 5 прародителей и сестра матери (табл. 9).

Таблица 8.

Характеристика семей суицидентов по составу

Состав семьи	Количество семей	
Полная семья	55	23,5%
Мать	120	51,5%
Отец	3	1,3%
Мать / отчим	40	17%
Отец / мачеха	5	2,1%
Развод	6	2,5%
Опекун	4	1,7%
Детский дом	1	0,4
В т.ч. многодетные	4	

Таблица 9.

Родственники, отвечавшие на вопросы анкеты АСВ

Мама	Папа	Бабушка	Дедушка	Тетя
221	69	3	2	1
Всего: 296 родственников				

В результате анкетирования родителей с помощью опросника АСВ нами были получены следующие данные. Лишь в 16 случаях не было достигнуто количественное диагностическое значение ни по одной из шкал. Характеристика этих семей представлена в табл. 10.

Во всех остальных случаях получено диагностически значимое отклонение по одной или нескольким шкалам.

Таблица 10.

Формально гармоничные семьи

Полные семьи – 2 семьи (4 чел.) В полных семьях – один из членов семьи – 3	Отец / мачеха – 3 Мать / отчим – 4	Разведенные родители, принимающие одинаковое участие в воспитании ребенка – 2
-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

В табл. 11 наглядно представлены результаты выявленных нарушений процесса воспитания в семье:

Таблица 11.

Частота и характер нарушений процесса семейного воспитания

Исследуемые параметры	Шкала опросника	Частота значимых отклонений
Уровень протекции в воспитании	Гиперпротекция ($\Gamma+$), повышенный контроль за ребенком	139
	Гипопротекция ($\Gamma-$), недостаток контроля	84
Степень удовлетворения потребностей	Потворствование ($Y+$)	54
	Игнорирование потребностей ребенка ($Y-$)	169
Количество и качество требований к ребенку в семье		
Требования – обязанности	Чрезмерность требований ($T+$)	104
	Недостаток требований ($T-$)	70
Требования – запреты	Чрезмерность запретов ($Z+$)	147
	Недостаточность запретов ($Z-$)	70
Санкции – наказания	Чрезмерность наказаний, жестокое обращение, ($C+$)	165

	Минимум или отсутствие наказаний, (C-)	42
Неустойчивость стиля воспитания (H)		-

Из табл. 11 видно, что частота встречаемости значений, превысивших диагностическое значение, распределилась следующим образом:

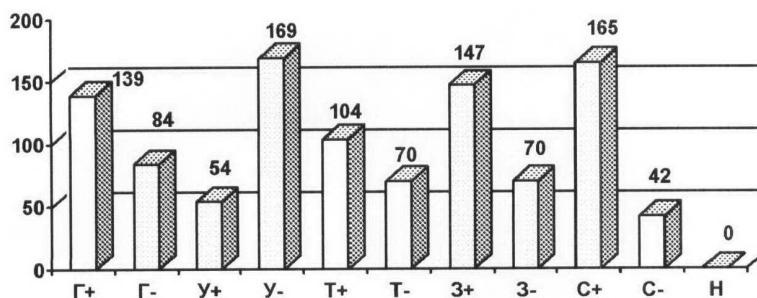


Рис. 5. Результаты нарушений процесса воспитания в семье

Поскольку диагностическое значение было достигнуто в каждом случае по нескольким шкалам, для интерпретации и анализа результатов мы воспользовались классификацией типов негармоничного воспитания Э. Эйдемиллера.

Нами были диагностированы следующие типы воспитания в семьях суицидентов:

1. Доминирующая гиперпротекция (Γ^+ , Y^- , $T\pm$, $3+$, $C\pm$) – 85 семей (36%).
2. Потворствующая гиперпротекция (Γ^+ , Y^+ , T^- , 3^- , C^-) – 54 семьи (23%).
3. Эмоциональное отвержение / жестокое обращение (Γ^- , Y^- , $T\pm$, $3\pm$, $C\pm$) – 68 семей (29%).
4. Гипопротекция (Γ^- , Y^- , T^- , 3^- , $C\pm$) – 16 семей (6,5%).
5. Тип не выявлен (формально гармоничная семья) – 10 семей (4%).

6. Тип не выявлен (воспитанник детского дома) — 1 (0,5%).

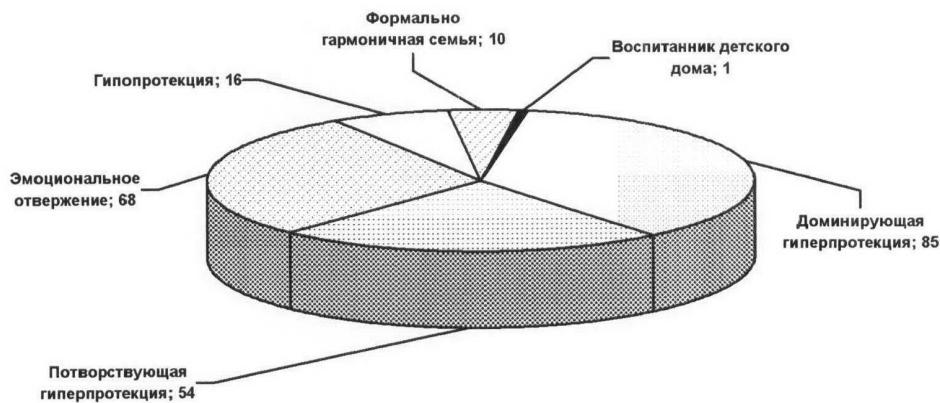


Рис. 6. Типы воспитания

Дальнейший анализ результатов, полученных при обработке опросника АСВ, позволил выявить психологические причины отклонений в семейном воспитании.

Таблица 12.

Психологические отклонения в семейном воспитании

1. Нарушения структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи.	РРЧ	212
	ПДК	52
	ПНК	72
2. Нарушение механизмов интеграции семьи.	НРЧ	183
	ПМК / ПЖК	21
3. Нарушение системы взаимного влияния членов семьи	ВН	209
	ФУ	137
4. Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания	ВК	212

Во всех семьях нами были выявлены структурно – ролевые нарушения. В большинстве случаев это расширение сферы родительских чувств (РРЧ). В

неполных семьях, а также при нарушенных взаимоотношениях между супругами в формально гармоничных семьях.

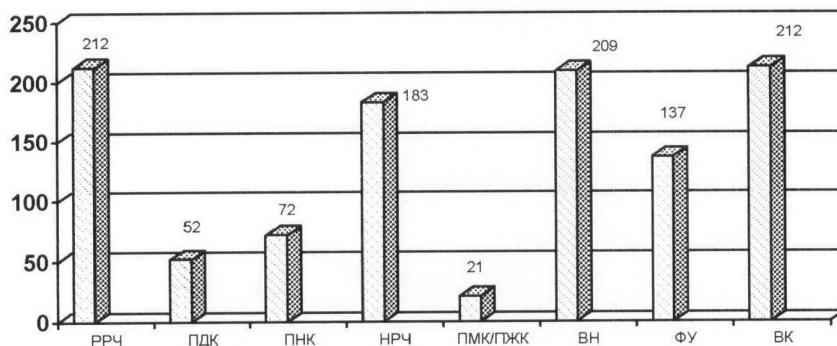


Рис. 7. Психологические причины отклонений в семейном воспитании

Один из родителей, в нашей выборке – мать, иногда четко не осознавая, хочет, чтобы ребенок, а позже подросток, стал для них чем-то большим, чтобы он удовлетворил хотя бы отчасти потребности во взаимной исключительной привязанности, которые в нормальной семье удовлетворяются в психологических отношениях супружеских. В неполных семьях мать нередко отказывается от вполне реальных возможностей повторного замужества. Появляется стремление отдать подростку (причем, как правило, противоположного пола) «все чувства», «всю любовь», мать говорит о том, что ей никто не нужен, кроме сына (дочери), и противопоставляет идеализированные отношения с ребенком, не удовлетворяющим ее отношениям с супругом. Когда сын или дочь достигают подросткового возраста, у матери возникает страх (нередко весьма интенсивный) перед их самостоятельностью. Появляется желание удержать их с помощью повторствующей или доминирующей гиперпротекции. Еще раз подчеркнем, что родители, как правило, не осознают своего стремления к расширению сферы родительских чувств и соответственно к изменению роли подростка.

В полных семьях, наряду с расширением сферы родительских чувств одного из родителей или как изолированное нарушение воспита-

ния, выявляется потворствующая гиперпротекция как следствие *предпочтения детских качеств* в характере и поведении школьника или подростка (ПДК). Родители игнорируют взросление детей, стимулируют сохранение у них таких детских качеств, как непосредственность, наивность. Родителей хотят видеть ребенка «все еще маленьким».

Рассматривая подростка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, стимулируя тем самым развитие психического инфантилизма. Психический инфантилизм затрудняет социально-психологическую адаптацию подростка в других сферах микросоциума – в школе, в группе сверстников.

Независимо от состава семьи и гармонии супружеских отношений родителей, нами было выявлено со стороны родителей (чаще отцов) *проекция на подростка собственных нежелаемых качеств* (ПНК). Причина такого воспитания в том, что в подростке родитель как бы видит те черты характера, которые чувствует, но не хочет признать в самом себе. Ведя борьбу с этими (реальными или мнимыми) качествами подростка, родитель извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя. Убеждает себя в том, что у него самого этих качеств нет. Такие родители много и охотно говорят о своей непримиримой и постоянной борьбе с отрицательными чертами и слабостями подростка, о наказаниях, которые они применяют. Это обусловливает формирование воспитательной тактики по типу эмоционального отвержения, а в ряде случаев жесткого обращения.

Необходимо отметить, что наряду с нарушениями структурно – ролевых аспектов, нами были выявлены *нарушения механизмов интеграции семьи*. В первую очередь, это относится к неполным семьям, состоящим из нескольких поколений. В ряде случаев эти семьи полностью «женские»: дочь, мама, бабушка. В таких семьях, где ролевая позиция матери в семье не сформирована, она, по сути, сама является дочерью, не желающей взросльть. На момент родов возраст матерей составлял 16 – 19 лет. Нарушение привязанности, точнее ее несформированность, приводят к таким последствиям, как *не-*

развитость родительских чувств. Внешне это проявляется в том, что мать игнорирует подростка, плохо переносит его общество, проявляет исключительно поверхностный интерес к его делам. Для женщин с неразвитым родительским чувством характерны эмансипационные устремления и желание любым путем «устроить свою жизнь». Как в сфере интимно-личностных отношений, так и в профессиональном плане. Неразвитость родительских чувств обуславливает широкий спектр нарушений воспитания: от гиперпротекции до эмоционального отвержения. Стиль воспитания у таких матерей полностью зависит от условий жизни семьи, при неблагоприятных условиях нередко возникает враждебное отношение к подростку.

Такие типы неправильного воспитания как эмоциональное отвержение и потворствующая гиперпротекция, часто выявляются в семьях, где происходит сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку, в зависимости от пола ребенка. Это *предпочтение мужских* (ПМК) или *женских* (ПЖК) *качеств*. Родитель оценивает ребенка и формирует свое отношение к нему не на основании реальных его качеств, а тех, которые родитель приписывает мужчинам или женщинам «вообще». В нашей выборке такое отклонение выявлено в семьях типа «одинокая мать – сын».

Нарушение взаимного влияния членов семьи, в том числе родителей на подростка, проявляется в виде *воспитательной неуверенности и фобии утраты* ребенка. Среди родителей подростков – суицидентов нами было диагностирована воспитательная неуверенность в семьях разного состава, в т.ч. и у опекунов. Тип воспитания в таких семьях – потворствующая гиперпротекция либо пониженный уровень требований к подростку. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и подростком в пользу последнего. Типичная комбинация в такой семье — бойкий, уверенный в себе подросток, смело предъявляющий требования, и нерешительный, обвиняющий себя во всех неудачах с подростком родитель. Однако необходимо отметить, что такая позиция характерна для подростка только лишь в семье. Среди сверстников и в школе они занимают

слабую, зависимую позицию, имеют низкую фрустрационную толерантность.

В 95% случаев в сферу воспитания выносятся конфликты между супругами, в т.ч. бывшими. В семьях, состоящих из матери и ребенка / детей в сферу воспитания выносился либо пролонгированный конфликт с бывшим мужем, либо конфликтная установка и постоянные упреки в адрес несуществующего мужа. Фактически они трансформировались в упреки в адрес ребенка, т.к. чаще всего выражались словами: «Если бы твой отец нас не бросил...», «Если бы твой отец помогал нам...». В ряде случаев сочетались такие искажения как ВК + ПДК/ПМК, выражавшиеся в фразах типа: «Ты — копия твоего отца...», употребляемых в ситуациях конфликта.

На основании данных литературы и в результате собственных наблюдений нами были выделены типичные конфликты, усиливающие социально – психологическую дезадаптацию, и препятствующие реадаптации подростков, совершивших суициdalную попытку в семьях.

1. Семья не принимает меня, не прощает прошлого.
2. Семья не доверяет мне, контролирует каждый мой шаг и встречи с друзьями.
3. Члены семьи сознательно «отгораживают» меня от семейных дел.
4. Члены семьи обвиняют меня в своих несчастьях.
5. Семья обвиняет меня в иждивенчестве.
6. Семья частично принимает меня, (отец игнорирует, считая меня «наказанием», мать – «разрывается» между мной и отцом и наоборот).
7. Семья игнорирует меня.
8. У меня нет семьи.
9. У матери появился новый муж, который против меня.
10. Я боюсь возвращаться в семью.

Анализ результатов методики АСТ («Анализ семейной тревоги») показал высокие результаты во всех случаях. Это говорит о том, что даже если повод суициального конфликта лежит вне семейной сферы, семья не явля-

ется для подростка опорой, буфером между ним и окружающим социумом. Нарушения в семье усугубляют дезадаптацию и усиливают незащищенность ребенка вне семьи.

Таблица 13.

Результат анализа семейной тревоги

Субшкала	Диагностическое значение	Полученные результаты
В, чувство вины (семейная вина члена семьи)	5	7 баллов
Т, тревожность (семейная тревожность члена семьи)	5	7 баллов
Н, напряженность (семейная напряженность члена семьи)	5	6 баллов — 96 детей, 7 баллов – 138 детей.

Анализ данных показал, все обследованные нами дети и подростки – суициденты:

- 1) испытывают чувство вины, неадекватно оценивают свою ответственность за все негативное, что происходит в семье;
- 2) испытывают тревогу, связанную с тем, что ситуация в семье не зависит от его усилий;
- 3) испытывают нервное напряжение, связанное с выполнением семейных обязанностей и семейными взаимоотношениями.

Глава 3.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Теоретический анализ проблемы эмоционального неблагополучия подростков, совершивших суицидальную попытку, а также результаты экспериментального исследования позволили нам создать модель деформаций эмоциональной сферы подростков.

Анализ данных, полученных в ходе исследования, позволил предположить, что для успешной социально-психологической адаптации подростков находящихся в кризисном состоянии необходимо осуществление специальной деятельности, направленной на коррекцию деструктивных эмоциональных состояний и поведенческих реакций, повышение уровня самосознания подростков, формирование позитивной Я-концепции.

Под психологической коррекцией эмоциональных нарушений у подростков мы понимаем организованную систему психологического воздействия, направленного на смягчение эмоционального дискомфорта, повышение активности и самостоятельности, устранение таких эмоциональных отклонений, как агрессивность, повышенная возбудимость, и др. Психологическая коррекцией также направлена на формирование мотивов связанных с временной перспективой, дифференциацию системы ценностей адекватно возрасту.

Подростки, совершившие суицидальную попытку, имеют психотравмирующий жизненный опыт. Это обстоятельство позволило нам выявить следующие условия, способствующие позитивному коррекционному эффекту:

- комплексный подход к реализации программы (медицинско-психологический);
- применение индивидуальной и групповой форм работы;
- сочетание различных направлений психокоррекции;

— проведение психологических консультаций родителей.

При разработке программы психологической коррекции мы следовали следующим принципам, традиционным для детско-подростковой психотерапии [71, 82, 83].

1. *Принцип единства диагностики и коррекции.* Задачи коррекционной работы могут быть поставлены только на основе полной психологической диагностики, включая анализ основных аспектов социальной ситуации развития ребенка. Диагностика и коррекция осуществляются практически на всех этапах работы, взаимно дополняя друг друга.

2. *Принцип комплексности.* Предполагает учет основных параметров социальной ситуации развития ребенка на данном возрастном этапе, включая внутренние (клинические характеристики, наличие «измененной почвы», физиологические изменения в связи с возрастной перестройкой организма) и внешние (особенности сферы межличностного общения, референтная группа подростка) условия развития, и предполагает сочетание направленных психологических воздействий с клиническими и педагогическими мероприятиями.

3. *Принцип деятельностного подхода.* Основывается на положении ведущих отечественных психологов о признании решающей роли деятельности в процессе формирования личности ребенка. При этом необходимо учитывать роль ведущей деятельности на каждом возрастном этапе. В подростковом возрасте роль ведущей деятельности выполняет интимно-личностное общение со сверстниками, социально одобряемая деятельность, реализуемая в общении и совместной предметно-практической деятельности с взрослыми. Поэтому коррекционный процесс должен быть направлен как на межличностное взаимодействие подростков, так и на воспитательно-педагогическую деятельность.

4. *Принцип интегративного подхода.* Предполагает использование в психокоррекционном процессе методов, разработанных в рамках различных

теоретических концепций, сочетание каузальной и симптоматической коррекции.

5. *Принцип гуманистического подхода.* Предполагает, что взаимодействие психолога с подростком в психокоррекционном процессе основано на создании климата взаимного доверия, безоценочного принятия, психологической безопасности.

6. *Принцип индивидуального подхода.* Предполагает использование в психокоррекционном процессе индивидуальных проявлений обобщенных норм (возрастных, нозологических).

7. *Онтогенетический подход.* Заключается в том, что психокоррекционные мероприятия необходимо соотносить с предстоящими этапами формирования личности подростка, с зоной его ближайшего развития; стимулировать более зрелые формы индивидуально-личностного функционирования ребенка.

Психокоррекционный процесс включает в себя несколько обязательных этапов (независимо от формы проведения занятий и длительности психокоррекционного цикла): подготовительный, ориентировочный, углубленного психологического анализа, планирования, реализации коррекционной программы, заключительный.

Задачами *подготовительного этапа* являются: установление контакта с подростком и его семьей, сбор психологического анамнеза.

Ориентировочный этап включает: ознакомление с имеющейся информацией; психодиагностическое обследование.

Этап углубленного психологического анализа подразумевает анализ полученных результатов.

Разработка коррекционной программы составляет *этап планирования*.

Этап реализации коррекционной программы, как следует из его названия, заключается непосредственно в проведении коррекционных мероприятий.

Заключительный этап состоит из проведения оценки эффективности коррекционной работы и разработки рекомендаций по дальнейшей работе с подростком.

Цель коррекционной работы: содействие психологической адаптации подростка в социуме.

Первостепенные задачи коррекционной работы:

- 1) развитие самосознания;
- 2) оптимизация эмоционального фона (снижение уровня тревожности, агрессивности);
- 3) формирование адекватной самооценки;
- 4) формирование положительной временной перспективы.

Стратегия психотерапевтической работы с подростками:

- 1) Установление rapportа и зоны доверия, создание мотивации.
- 2) Работа с ресурсом.
- 3) Работа с чувствами.
- 4) Простройка будущего.
- 5) Отработка новых навыков поведения.

Индивидуальные занятия направлены на установление позитивного эмоционального контакта с подростком, уменьшение напряжения, сокращение эмоциональной дистанции между подростком и психологом, создание установки на психокоррекционную работу, создание мотивации на участие в групповых занятиях. По результатам первых индивидуальных занятий, которые включают в себя психодиагностическое обследование, дорабатывается, детализируется индивидуальная программа психологической коррекции.

Таким образом, первые одна — две сессии — это работа по установлению контакта, созданию мотивации на коррекционную работу и работа с ресурсами. Тактики могут быть использованы любые в рамках различных школ и направлений. После этого подросткам предлагается участие в групповых занятиях.

Продолжительность индивидуального занятия обычно 40 минут — 1 час. Общее количество индивидуальных занятий определяется в зависимости от конкретной ситуации.

Особенности проведения групповых занятий

Опыт свидетельствует, что социально дезадаптированные подростки чаще всего не склонны рефлексировать, анализировать собственное поведение, конкретные ситуации. Именно поэтому психолог сталкивается с фактами недооценки подростками разнообразных проблем. Многих подростков отличает своеобразная маска, характерная, часто вызывающая манера поведения, которая помогает им, играя роль психологической защиты, и с которой они не готовы расстаться. Именно поэтому, для того, чтобы помочь дезадаптированному подростку увидеть его проблемы и правильно их оценить, нужна серьезная предварительная работа, которая проводится в виде индивидуальных занятий.

В условиях стационара не всегда удается соблюсти общепринятые правила подбора участников группы. Например, бывает трудно избежать участия подростков явной акцентуацией характера, психопатоподобным поведением. Тем не менее, знакомство, как обязательная процедура тренинга проводится всегда, невзирая на то, что участники группы знают друг друга.

По данным литературы, оптимальный состав группы для подростков 11-14 лет — 8 человек, а продолжительность занятий — 1,5 час. [50]. В стационарной практике численность определяется количеством подростков находящихся на лечении в отделении, которая может значительно колебаться, и в группу приходится включать детей препубертатного возраста, госпитализированных с диагнозом преднамеренное суицидальное отравление. Иногда ситуация складывается таким образом, что в группу включаются дети и подростки с еще большей разницей в возрасте (8 - 15 лет), что также вносит определенные сложности в процесс ведения групповых занятий.

Общая продолжительность коррекционных занятий индивидуальна, так как больница — это место временного пребывания подростков, и, в связи с

тем, что решится вопрос о выписке домой, переводе в другие отделения больницы или в психиатрический стационар, занятия могут быть прерваны.

Не всегда соблюдается и следующий критерий формирования группы — закрытый ее характер. На практике работы в стационаре это трудно осуществимо. Госпитализируются новые подростки и обычно после предварительных индивидуальных занятий они включаются в групповую работу.

По нашему мнению, групповые занятия с подростками в стационаре должны проводиться ежедневно в течение 1 — 1,5 часов, что обусловлено постоянной сменой состава подростков, находящихся в отделении.

Содержание индивидуальных и групповых коррекционных занятий

Возможность и необходимость применения конкретных приемов коррекционного воздействия решается в индивидуальном порядке. Разберем какие из приемов могут быть использованы в работе с подростками в соответствии с выбранной нами стратегией коррекционной работы и задачами коррекции.

I. Установление rapporta, создание мотивации на коррекционную работу

Одной из особенностей подросткового возраста является потребность в самопознании. Это можно использовать при формировании мотивации на участие в коррекционных занятиях. Подростку можно рассказать в общих чертах, что участие в занятиях, позволит ему лучше узнать себя, разобраться в себе.

Проведение первичной беседы с подростком может сопровождать использование различных психотерапевтических техник. Например, вызвать интерес подростков к самопознанию помогают рисуночные методики, которые актуализируют их представление о себе.

Рисунки, выполняемые подростком должны дать ответы на три вопроса:

- 1) «Каким ты представляешь себя?»;

- 2) «Каким тебя видят окружающие?»;
- 3) «Каким ты видишь себя в будущем?».

Каждому подростку практически впервые предстоит рассмотреть себя (собственное «Я») в трех измерениях.

Последний вопрос часто остается без ответа, что является показателем несформированности у подростков перспективных представлений о себе в завтрашней жизни. Это обстоятельство можно использовать, чтобы побудить подростков к составлению своеобразной программы личностного роста.

Арт-терапевтические техники, по нашему мнению, обладают особой полифункциональностью. Они дают богатый диагностический материал; способствуют самораскрытию клиента, и посредством этого установлению доверия; действуют бессознательное и дают возможность работать с чувствами клиента; являются мощнейшим доступом к ресурсам. Можно использовать рисование на заданную тему (карандаш, акварель, гуашь, пастель), лепку (глина, пластилин), работу с песком и т.д.

Варианты проведения игры с пластилином:

1. Предложить слепить какие-то фигурки и поговорить с ними (с помощью направляющих идей психолога).
2. Предложить слепить что-то конкретное и рассказать об этом.
3. Предложить ребенку «стать» пластилином.
4. Дать возможность ребенку просто поиграть с пластилином, не разговаривая.

У многих детей и подростков, переживших психические травмы, формируется тенденция к уходу в свой внутренний мир. В этих условиях проективные методики позволяют точнее оценить переживания и понять характерные для него способы защиты, интрапсихические конфликты и потенции, что в свою очередь дает возможность психотерапевту достаточно обоснованно использовать ту или иную форму психотерапевтической интервенции, в наибольшей степени отвечающую особенностям восприятия, потребностям и возможностям (как внутренним, так и внешним) ребенка.

Рисуночная техника «До и после» может использоваться для:

- концентрации внимания ребенка на сложившейся ситуации;
- концентрации его внимания на изменениях внутрисемейных отношений;
- «проработки» чувств, связанных с пережитой психотравмой и новыми возможностями, открывающимися после этого.

Необходимо нарисовать две картинки: одна должна изображать его семью до развода (или иного драматического события), другая — после (т. е. в настоящий момент). С целью психологической оценки и последующей психотерапевтической работы обратите внимание на то, кто из членов семьи включен в рисунок, кто исключен, на месторасположение персонажей на рисунке.

II. Работа с ресурсом

Ресурсным эффектом обладают различные трансовые техники «Любимое место», «Любимое занятие», «Цветник», «Убежище», «Путешествие в лес», «Путешествие к морю».

«Сегодня мы совершим маленькое путешествие. Мы будем использовать нашу фантазию и, фантазируя, создавать различные картинки в нашем воображении. Мы с вами отправимся в лес. Вы дышите спокойно и представляете себе, что идете по лесной тропинке. День прекрасный, и вас окружает сказочный лес. Светит солнце, и вы ощущаете, как оно вас греет, какое оно теплое и ласковое. Дует нежный ветерок, который вас освежает. Солнце светит сквозь листву деревьев. В воздухе стоит удивительный лесной аромат. Вы идете вперед, ощущая твердую почву и то, как под ногами шелестят листья. Тропинка выводит вас к прекрасному лесному ручью. Он дышит прохладой.

Вы сидите на камушке, он очень удобный, и глядите на воду. Она сверкает в лучах солнышка, пузырится и поет, протекая мимо вас. Вы легко можете перейти через ручеек, если захотите. Но вы продолжаете сидеть

на камушке, свесив ноги в прохладную воду. Вы глубоко дышите и наслаждаетесь своим дыханием. Небо синеет над вами. Все дышит миром и спокойствием. Вы видите, как листья тихо падают с деревьев в воду и плывут, переворачиваясь в потоке. Вы слышите, как поют птицы. Вам очень хорошо. Ничто вас не давит, все в жизни в порядке, и вы можете оставаться там столько, сколько захотите.

Вы обворачиваетесь и видите оленя, который выходит из леса к другой стороне ручейка. Олень останавливается и оглядывается. Вы сидите тихо-тихо, наблюдая за оленем. Вам он очень нравится, и вы передаете ему свои мысли, что все в порядке и что вы его друг. Он смотрит на вас и, кажется, понимает, что может вам доверять. Он склоняет голову к ручью и пьет. Затем медленно и спокойно поворачивается и снова уходит в лес.

Вы по-прежнему сидите на камушке, наслаждаясь своим спокойным, безмятежным состоянием, лесом, ручейком, вспоминая прекрасного оленя. Вы знаете, что с вами все в порядке.

Потом вы неторопливо встаете с камушка, возвращаетесь на лесную тропинку, которая выводит вас обратно, из леса сюда, в эту комнату. Вы ощущаете ваше тело, как вы сидите на стуле, и как ваши ноги дотрагиваются до пола. Вы начинаете слышать звуки в комнате. Когда вы почувствуете себя готовыми, спокойно открывайте глаза».

Использование методов нейролингвистического программирования позволяет смоделировать и зафиксировать ресурсное состояние, к которому подросток сможет обращаться в последствии.

Применяются различные арт-терапевтические техники: рисунок, сказкотерапия, мифы, метафоры.

На этом и следующих этапах хорошо зарекомендовали себя методы кататимно-имагинативной психотерапии.

Работа с ресурсом, как правило, снижает уровень тревожности, способствует общему улучшению эмоционального фона.

III. Работа с чувствами

С целью релаксации для умения преодолевать эмоциональные трудности используется психогимнастика, методика мышечной релаксации (по E. Jacobson, 1976).

Для проработки психотравмирующей ситуации используются психо-драматические приемы. Работа может происходить в символической реальности при использовании игрушек. Может осуществляться проигрывание сказок.

Для работы с чувствами мы также используем различные методы арт-терапии. Например, подросток рисует свои чувства, свое настроение, какой-либо симптом, который затем трансформируется, изменяется самим автором. Можно вместо рисования использовать лепку. Лепка способствует релаксации, помогает в проявлении чувств (особенно при кризисных состояниях, чувство вины, подавленности, растерянности, агрессии). Можно лепить из глины (пластилина) чувства, затем устраивать разговор с ними — микропсиходрама.

Применяются методики на визуализацию, например, «Сад чувств».

1. Все, что написано дальше, кто-то должен читать или рассказывать. Можно включить классическую музыку.

2. Сядь поудобней в кресло и закрой глаза. Представь, что ты входишь в заброшенный сад. И становишься его садовником.

3. Тебе хочется очистить его от мокрых листьев и веток, ты берешь грабли, садовые инструменты и начинаешь свою работу. Ты подстригаешь разросшуюся траву и срезаешь старые ветви. Заглядываешь в каждый уголок сада и везде наводишь порядок. Сажаешь новые цветы и кустарники, самые разные.

4. Сад наполняется прекрасными звуками: ты слышишь журчание пчел, пение птиц, отдаленный шум водопада, потаенный звук глубокого покоя. Этот покой обновляет твои чувства.

5. Ты ощущаешь свежий запах сосны, чистого воздуха, благоухание розы, жасмина, лилии и множества других цветов; сильный, как крепкий кофе, запах земли. Воздух отдает дымком. Кто-то разжег костер. Представь что-нибудь вкусненькое, чтобы у тебя потекли слюнки.

6. Представляя это, опусти руки с края бревна, на котором ты сидишь, коснись прохладной влажной земли.

7. Ты можешь навсегда остаться в этом саду, он так много дарит тебе в благодарность за маленькую заботу. Все шесть чувств говорят тебе, что этот сад совершенен, и ты можешь прийти в него в любое время. Он цветет в твоем воображении, и каждый день там появляются новые ростки и цветы.

8. Несколько раз глубоко вдохни и выдохни, ощущая аромат воздуха. Медленно открои глаза. Если хочешь — можешь нарисовать сад.

Кататимно — имагинативные техники, например, мотив «Опушка леса». Мотив «Луг» является и диагностическим, и терапевтическим (отношения с матерью), а также может быть ресурсным (если спросить, каким хотелось бы видеть луг) [53].

Хорошо зарекомендовала себя библиотерапия — написание писем другу, врагу, психотерапевту и др. В процессе написания подобного письма высвобождаются различные негативные чувства.

На снятие эмоциональных зажимов и работу с агрессией направлены различные техники телесно-ориентированной терапии.

Применяются приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, направленные на изменение восприятия значимых для подростка ситуаций, позволяющие снизить степень отрицательных эмоций (например, тревожности), представляющие позитивную информацию о жизненных ситуациях и перспективах: «шкалирование», «исследование угрожающих последствий» и др.

IV. Постройка будущего

Для этой цели используется упражнение «Временная перспектива» обучающее целеполаганию и дающее необходимые для достижения цели ресурсы.

Сначала мы предлагаем подросткам ответить на самый главный и самый, трудный вопрос — чего ты хочешь? Как научиться формулировать свои цели? Как фиксировать это в своем сознании?

1. Возьмите карандаши и бумагу. Постарайтесь, не ставя себе никаких ограничений, нарисовать свою будущую жизнь — так, как вы хотели бы, чтобы она сложилась.

Начните со списка того, о чем вы мечтаете, кем хотите стать, каким хотите стать, где жить, чем заниматься, что иметь. Сосредоточьтесь и в течение 10-15 минут заставьте свой карандаш беспрерывно работать. Где только можно, сокращайте слова и переходите к следующему желанию.

Записывая то, чего вы хотели бы в результате достичь, следуйте таким правилам:

*1) формулируйте свои мечты в **позитивных терминах**, не пишите, чего бы вы **не** хотели, но только то, к чему вы стремитесь;*

*2) будьте **предельно конкретны**, постарайтесь ясно представить себе, как это выглядит, как пахнет, как звучит, каково на ощупь; чем сенсорно богаче ваше описание, тем более оно задействует ваш мозг для достижения цели;*

*3) постарайтесь составить **ясное представление о результате**: что именно будет, когда вы достигнете своей цели, что вы будете тогда чувствовать, что и кто будет вас окружать, как это будет выглядеть, как вообще узнать, что вы достигли того, к чему стремились;*

*4) важно формулировать такие цели, **достижение которых в принципе зависит от вас**, не надо рассчитывать на то, что кто-то что-то дол-*

жен сделать и тогда все будет хорошо; то, к чему вы стремитесь, должно принадлежать вам, исходить от вас, быть вашим;

5) спроектировав в будущее последствия ваших сегодняшних целей, подумайте, **не нанесут ли они ущерба другим людям**: ваши результаты должны приносить пользу и вам и другим, они должны быть «экологически чисты». Эти пять правил надо помнить и учитывать и при дальнейшей работе.

На данном этапе можно воспользоваться и другим весьма эффективным приемом — рисунком. Можно предложить **нарисовать портрет себя такого, каким хотелось бы стать**.

2. На следующем этапе следует просмотреть составленный ранее список, присмотреться к нарисованному портрету и определить, **в какой временной сетке вы работаете**. Хотите ли вы все то, о чем написали, иметь уже завтра или, напротив, ваши цели относятся к весьма отдаленному будущему. Соответственно в первом случае надо подумать о далекой перспективе, а во втором — о ближайших целях, планах, шагах. Важно иметь ясное представление и о первом шаге и о последнем.

3. Теперь из всего того, о чем вы написали, выберите **четыре самые важные на этот год цели**. Выберите то, что в случае реализации, достижения цели доставит вам самое большое удовольствие, то, что вас больше всего волнует. Выпишите эти цели.

А затем напишите, почему вы точно уверены, что это для вас так важно. Дело в том, что вы можете добиться всего, чего угодно, если у вас есть для этого серьезные внутренние основания, уверенность в необходимости достижения определенной цели, результата. Эти основания отличают просто интерес от **субъективной необходимости, обязательности** этого достичь. Если вы точно знаете, почему нечто так важно для вас, ты вы найдете, как к этому прийти. В этом смысле «почему» намного важнее, чем «как».

Теперь, когда составлен список из четырех главных, ключевых целей, необходимо вновь просмотреть их через призму сформулированных выше правил.

Если появится необходимость что-то исправить, надо эти исправления внести.

4. Теперь составьте список тех необходимых для достижения целей ресурсов, которыми вы уже обладаете.

Опишите, что у вас уже есть, – это могут быть какие-то черты характера, друзья, которые вас поддержат и вам помогут, финансовые ресурсы, уровень вашего образования, ваша энергия, наконец, время, которым вы располагаете. Для того чтобы сконструировать такое видение будущего, которое наполнило бы вас силой и энергией, необходимо иметь ясное представление о том, что вы имеете.

5. Когда вы это сделали, попробуйте припомнить те случаи из своей жизни, когда вы чувствовали, что, достигли успеха. Это не обязательно должно быть какое-то очень важное событие. Это может быть все, что угодно, от удачного ответа на уроке, до вечера, проведенного с друзьями. *Какие из вышеперечисленных ресурсов вы тогда использовали максимально эффективно?*

Припомните 3-5 таких случаев. Запишите их, зафиксируйте на бумаге, что вы тогда делали, какие свои качества, возможности, ресурсы вы использовали. Что вообще это была за ситуация, в которой вы чувствовали, что добились успеха?

6. После этого опишите, каким человеком вы должны были быть, чтобы достигнуть своих целей.

Может быть, следовало бы быть более собранным, дисциплинированным, а быть может, напротив, более раскованным, спонтанным. Может быть, вы хотели бы научиться лучше распоряжаться своим временем или повысить свою самооценку. Подумайте и заполните такими записями о своей личности, как минимум, одну страницу.

7. А теперь в нескольких тезисах сформулируйте, что препятствует иметь все то, о чем вы мечтаете, к чему стремитесь, прямо сейчас.

Что конкретно вам мешает? Что вас ограничивает? Возможно, вы не умеете планировать ваше время. Или план есть, но вы никак не можете приступить к его реализации. Может быть, вы делаете слишком много дел одновременно, а может быть, напротив, чрезмерно сосредоточены на чем-то одном и упускаете остальное. Может быть, вы просто боитесь, что у вас ничего не получится? Вспомните, бывало ли так раньше в вашей жизни, что вы изначально представляли себе самый плохой исход какого-то дела, и именно поэтому за него вообще не брались. Наверное, у каждого человека есть способы ставить себе ограничения, свои личные, «излюбленные стратегии, ведущие к поражению», но если мы это осознаем, то можем избавиться от этих ограничений.

8. На этом этапе надо для каждой из четырех выбранных целей составить черновик пошагового плана для ее достижения. Начните с конечного результата, а потом шаг за шагом спланируйте весь путь вплоть до того, что вы можете сделать по этому плану прямо сегодня. Подумав о цели, вы должны решить, что самое первое я должен сделать, чтобы ее достичь? В любом варианте вы должны составить пошаговый план достижения этой цели, который бы включал и сегодняшний день.

Итак, первый, очень важный шаг сделан. Вы точно знаете, чего хотите; вы описали этот процесс, как в его конечном результате, так и на начальных стадиях; вы определили, какие стороны вашей личности помогают, а какие мешают достичь цели. Задача следующего шага — разработка собственно стратегии достижения успеха. Для этого необходимо попытаться смоделировать кого-то, кто уже достиг того, к чему вы стремитесь.

9. Воспользуйтесь такими моделями. Этими людьми могут быть те, кого вы хорошо знаете, а могут быть и просто известные люди, добившиеся необыкновенных успехов.

Запишите имена 3-5 человек, которые уже добились того, к чему вы стремитесь. В нескольких словах опишите, их личностные качества и поведение, которые привели их к успеху.

После этого закройте глаза и представьте, что каждый из этих троих (пятерых) собирается дать вам совет, как лучше всего достичь цели. Запишите основную идею того, что они скажут. Может быть, это о том, как избежать ложного пути, может быть, о том, как освободиться от своих собственных ограничений. Пишите то первое, что придет вам в голову. Даже если вы не знаете этих людей, они могут стать прекрасными советчиками. А теперь проделайте следующее полезное упражнение. Вспомните случай из своей жизни, когда вы переживали какой-то абсолютный успех. Закройте глаза и представьте себе это предельно ярко. Обратите внимание на то, где у вас помещается эта картинка: слева, справа, вверху, внизу, посередине. Обратите также внимание на размер, точность и качество этой «картинки», на те движения, звуки, переживания, которые ее создают. Теперь подумайте о тех целях, которые вы записали. Создайте внутреннюю картину, — что будет, если вы достигнете этого результата. Мысленно поместите эту картинку туда же, где была предыдущая, и сделайте ее того же размера, яркости, раскрашенности. Постарайтесь сделать это как можно лучше. Заметьте, как вы себя при этом чувствуете. Скорее всего, вы уже сейчас ощутите себя по-другому — более уверенным в успехе, чем это было, когда вы впервые сформулировали вашу цель. Это упражнение надо повторять, как можно чаще, чтобы ваш мозг мог создавать картину будущего успеха даже с большей легкостью, чем уже пережитого. Ясная внутренняя картина и переживание «потребного будущего» чрезвычайно важны.

11. Нарисуйте мысленно свой идеальный день. Хорошо иметь много различных целей, но в определенном смысле лучше иметь целостное представление о том, что они все вместе будут для вас означать. Нарисуйте для этого ваш идеальный день. Это может быть мысленный рисунок, но может быть и ре-

альный. Кто с вами? Чем вы заняты? Когда, как вы проснулись, что происходит дальше вплоть до самого вечера, когда вы вновь ложете спать? Что вы будете чувствовать, ложась в постель? Возьмите карандаш и бумагу и опишите все это.

12. А теперь опишите ваше идеальное окружение.

Акцентируйте значение места, не ставя себе никаких ограничений: где вы — в лесу, на берегу озера, в шикарном офисе или в своей квартире? Что под рукой — компьютер, рояль, чашка кофе? Какие люди вас окружают?

Арт-терапевтические техники: рисунки «Мое будущее», «Моя цель», «Мой идеальный день», «Мое идеальное окружение», создание коллажа, создание серии картинок и режиссурा фильма «Мое будущее».

Методики НЛП подразумевают моделирование успеха и представление его во всех модальностях.

V. Отработка новых навыков поведения

Отработка навыков подразумевает проигрывание негативных и эффективных приемов поведения в различных ситуациях, приближенных к реальной жизнедеятельности подростка: разыгрывание сценок («Знакомство», «Типичная конфликтная ситуация» и т.д.), сюжетных игр. Для этих целей хорошо подходят ситуации из детского и взрослого вариантов фрустрационного теста Розенцвейга.

Данный перечень используемых техник не претендует на полноту, а лишь демонстрирует основные направления и приемы работы.

Структура группового занятия

Каждое занятие состоит из трех частей:

1. *Разминка.* Включает в себя упражнения, способствующие активизации участников группы, созданию непринужденной, доброжелательной атмосферы, повышению сплоченности группы.

2. *Основное содержание занятия.* Включает в себя игры, упражнения, различные задания, дискуссии, соответствующие намеченной цели занятия.

3. *Рефлексия занятия.* В конце каждого занятия необходимо оставлять время, чтобы участники могли поделиться своими чувствами, впечатлениями, мнениями, которые возникли в процессе занятия, а также поговорить о своем настроении. Психолог может предлагать варианты вопросов, обращая особое внимание на то, что, по его мнению, осталось не до конца понятым или недосказанным. Кроме того, на любом занятии можно задавать вопросы, концентрирующие внимание участников на их состоянии, например:

- Что Вы сейчас чувствуете?
- Какими мыслями Вы бы хотели поделиться с группой?
- Какие чувства Вы испытывали при выполнении упражнений?
- Что показалось Вам наиболее интересным, новым, неожиданным?

Работа «здесь и сейчас» с непосредственными чувствами и ощущениями необходима. Подростки постепенно привыкают считаться с особенностями других, у них развивается умение слышать и слушать, что является важным компонентом эмпатии. Рефлексия способствует развитию самосознания: позволяет лучше понять себя, свой внутренний мир, свои чувства, поступки, желания и стремления.

На заключительном этапе психокоррекционного процесса проводится повторное тестирование, полученные результаты сопоставляются с диагностическими показателями, полученными на начальном этапе.

Психологические показатели для оценки эффективности коррекционной работы с подростками:

- снижение уровня эмоционального дискомфорта (по отчетам участников коррекционного процесса);
- изменение отношения к себе (приближение самооценочных характеристик к реальности, уменьшение разрыва между реальными и идеальными самооценочными характеристиками, формирование дифференцированных и приближенных к реальности притязаний);

- формирование дифференцированной системы ценностей;
- формирование временной перспективы и, соответственно, реальных планов на будущее.

Параллельно с психокоррекционной работой с детьми и подростками в обязательном порядке велась работа с родителями, которая имела следующие формы:

- Консультации по вопросам воспитания и взаимодействия с детьми определенных возрастов.
- Тренинг родительской компетенции, проводимый с целью выработки навыков конструктивного взаимодействия с детьми.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами были изучены социально-психологические аспекты суициального поведения: состав семьи, характер межличностных отношений, тип семейного воспитания и характер его нарушений.

Для повышения эффективности психокоррекционной работы в постсуициальном периоде нами была проведена психодиагностика характера и эмоционального состояния суицидентов, уровень тревожности, обусловленный нарушением семейного взаимодействия.

При психодиагностическом исследовании после проведенной коррекционной работы получены следующие результаты:

- снижение уровня семейной тревоги;
- гармонизация стиля семейного воспитания;
- отсутствие суициальных тенденций и повторных суициальных попыток в как в раннем, так и в позднем постсуициальном периоде.

Была подтверждена гипотеза, выдвинутая нами в начале работы.

В процессе работы разработаны следующие **практические рекомендации**, касающиеся диагностической и коррекционной работы с изученным контингентом.

1. Коррекционную работу необходимо проводить только после тщательной и полной психодиагностики.
2. В коррекционной работе необходимо учитывать индивидуально-личностные и возрастные психологические особенности юных суицидентов.
3. Психокоррекционный процесс должен основываться на принципах интегративного подхода.
4. Для достижения позитивного коррекционного эффекта необходимо сочетать индивидуальную и групповую форму занятий, семейную психотерапию, тренинг родительской компетенции.

Теоретическое и экспериментальное исследование социально-психологических аспектов суицидального поведения в детском и подростковом возрасте позволило сделать следующие **выводы**:

1. Социально-психологические факторы и личностные особенности играют основную роль в суицидальном поведении в виде преднамеренных отравлений в детско-подростковой возрастной категории.
2. Мотивы, влияющие на цель самоотравлений различны и коррелируют с личностными особенностями и эмоциональным состоянием.
3. Отклонения в воспитании, семейные и межличностные отношения обычно выступают как факторы, определяющие формирование личности и способствующие возникновению суицидального поведения.
4. Установление личностных и социально-психологических факторов способствует оптимизации диагностики, выбору адекватных методов психокоррекции и профилактике повторных суицидальных отравлений у детей и подростков.
5. В соответствии с выбранными нами стратегиями работы и задачами коррекции определены наиболее эффективные коррекционные приемы и методы. К ним относятся техники арт-терапии, кататимно-имагинативной психотерапии, психосинтеза, когнитивно-поведенческой психотерапии.
6. Групповая работа с подростками в условиях стационара достаточно специфична и имеет следующие особенности: не всегда соблюдаются традиционные правила подбора участников группы; численность группы определяется количеством подростков, находящихся на лечении в отделении, возрастной диапазон участников группы достаточно широк – 8-15 лет, не всегда удается сохранить закрытый характер группы. Общая продолжительность групповой психокоррекции определяется временем пребывания подростка в стационаре.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 43 с.
2. Амбрумова А.Г Индивидуально-психологические аспекты суициального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 40 – 52.
3. Амбрумова А.Г. Личность. Психология одиночества и суицид // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1988. – С. 69 – 81.
4. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6. – № 6. – С. 107 – 115.
5. Амбрумова А.Г., Бородин С.В. Суицидологические исследования в СССР: состояние и проблемы // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 6 – 25.
6. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., Комарова Л.Э. Суицидальное поведение в ряду других девиаций подростков (клинико-психологическое исследование) // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 52 – 64.
7. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Год???. – Т. 83. – № 10. – С. 1544 – 1547.
8. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 28 – 29.
9. Амбрумова А.Г., Тройнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С.32 – 35.
10. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 366 с.

11. Бачериков Н.Е., Згонников П.Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия. – К.: Здоровья, 1989. – С.456 – 465.
12. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Социальное здоровье России, 1993. – 198 с.
13. Бердяев Н.А. О самоубийстве // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – № 2. – С. 95 – 106.
14. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Под ред. Фельдштейна Д.И. – М.: Ин-т практической психологии, Воронеж, МОДЭК, 1995. – 352 с.
15. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1982. – Т. 82. – С. 28-43.
16. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В. Как предотвратить самоубийство. – М.: Изд-во «Гало», 1994. – 15 с.
17. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
18. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. – Пермь, 1999. – 103 с.
19. Воронков Б.В. Особенности психических отклонений у подростков: Лекции. СПб.: ППМИ, 1993. – 56 с.
20. Вроно Е.М. Несчастливые дети — трудные родители: Наблюдения детского психиатра. – М.: Семья и школа, 1997. – 108 с.
21. Вроно Е.М. Об особенностях суицидального поведения при депрессивных состояниях у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78. – № 1. – С. 128 – 131.
22. Вроно Е.М. Об особенностях суицидального поведения подростков с различными типами депрессий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 17 с.

23. Выготский Л.С. Динамика и структура личности подростка: Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – С. 211 – 215.
24. Гаврилова Т.П., Фетисова Е.В. Экспериментальное исследование отношения младших подростков к взрослым и сверстникам как объектам общения // Психолого-педагогические проблемы общения. – М., 1979.
25. Герасимова В.В. Неблагополучная семья – фактор риска аутоагрессивного поведения у несовершеннолетних // Сб. материалов международной конференции. – Казань, 2004. – С. 93 – 95.
26. Гроллман Э. (Grollman Earl A.) Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: «Когито-Центр», 2001. – С. 270 – 353.
27. Дюркгейм Э. (Durkheim E.) Самоубийство (Социологический этюд). – М.: Мысль, 1994. – 286 с.
28. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социopsихиатрическая проблема // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – № 6. – С. 9–15.
29. Жезлова Л.Я. Об особенностях формирования суицидальных тенденций у больных шизофренией в детском и подростковом возрасте. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78. – № 10. – С. 1563 – 1566.
30. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1988. – 248 с.
31. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. – СПб., 2002. – 176 с.
32. Игумнов С.А., Королев К.Ю. Суицидальные попытки в подростковом возрасте: клинико-психологический анализ // Вопросы терапии и со-

циальной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков: Сб. науч. тр. – М., 1994. – С. 42 – 46.

33. Исаев Д.Н. Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакции детей на процесс умирания. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992, – №2. – С. 17 – 28.

34. Исаев Д.Д. Психосексуальное развитие и его отклонения // Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб: Специальная литература, 1996. – С. 215 – 239.

35. Исаев Д.П., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей. – Л.: Медицина, 1986. – 336 с.

36. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения: Метод. рекомендации. – Самара, 2000.

37. Кензин Д.В. Суицидальное поведение при депрессии в рамках расстройств настроения и личностных расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 2. – С. 41 – 46.

38. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. – 608 с.

39. Ковалев В.В. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – С. 112 – 113.

40. Ковалев В.В., Полякова Н.Е. Патологические формы девиантного поведения у подростков. Лекция. – М.: ЦОЛИУВ, 1983. – 17 с.

41. Ковалев В.В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков. – М., 1981. – С. 11-23.

42. Козлов В.В. Интенсивные интегративные психотехнологии в социальной работе. // Психотехнологии в социальной работе: Материалы Костромской конференции / Под ред. В.В. Козлова. – Кострома, 1996. – С. 20 – 29.

43. Кон И.С. Психология старшеклассника. – М.: Просвещение, 1982.

44. Кондратьев М.Ю. Подросток в замкнутом круге общения. – М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: МОДЕК, 1997. – 336 с.

45. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. – М.: Ин-т Психотерапии, 2003. – 458 с.
46. Конончук Н.В. Личные и семейные мотивы суицидов: Труды Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – 1978. – Т. 86. – С. 122 – 125.
47. Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. – № 5. – С. 95 –102.
48. Конончук Н.В. Социально – психологические аспекты исследования лиц с повторными суицидальными попытками // Сб. науч. тр. «Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных» / Под общ. ред. М.М. Кабанова. – Л.: Изд-во Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1984. – С. 71 – 76.
49. Кулаков С.А. На приеме у психолога подросток. – СПб.: Союз, 2001. – 350 с.
50. Кэррел С. (Carrell S.) Групповая психотерапия подростков. – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.
51. Лазарашвили И.С. Диагностика пограничных аффективных расстройств при повышенном суициdalном риске // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 1982. – С. 29 – 32.
52. Лазарашвили И.С. Повторные суицидальные действия лиц, страдающих некоторыми формами психопатий. Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 105 – 113.
53. Лейнер Х. Кататимное переживание образов: Основная ступень; Введение в психотерапию с использованием техники сновидения наяву. Семинар: Пер. с нем. – М.: Эйдос, 1996.

54. Личко А.Е. особенности саморазрушающего поведения при различных типах акцентуаций характера у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 9 – 15.
55. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
56. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 1999. – 416 с.
57. Лукас К., Сейден Г. (Lucas C. Seiden H.) Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства: Пер. с англ. – М.: Смысл, 2000. – 255 с.
58. Мозговая Т.П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 3. – С. 24 – 27.
59. Монтень М. (Montaigne, M.) Опыты. – В 3 т. – М.: Тера, 1996. – Т. 1. – С. 313 – 324.
60. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 1999. – 410 с.
61. Новиков В.В. Социальная психология: феномен и наука. – М., 1998. – 487 с.
62. Новикова Т.О. Запретная тема (представления детей о смерти) // «Человек». – 2002. – № 5. – С. 5 – 11.
63. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18 – 20.
64. Поливанова К.Н. Психологическое содержание подросткового возраста // Вопросы психологии. – 1996. – № 1. – С. 20 – 33.
65. Полякова И.В. Варианты суицидоопасных психогенных депрессий. Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 98 – 104.

66. Полякова И.В. Особенности системных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 20 с.
67. Помро К., Делорм М., Дрюо Ж. — М., Тедо Ф. — П. Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 63–68.
68. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 5 – 9.
69. Постовалова Л.И. Социальные аспекты суицидального поведения // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. МНИИ психиатрии. – М., 1983. – С. 35.
70. Психология подростка. Полное руководство / Под ред. А.А. Реана. – СПб.: Прайм — ЕВРОЗНАК, 2003. – 432 с.
71. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 656 с.
72. Психотехнологии в социальной работе / Под ред. В.В. Козлова. – Ярославль, 1997. – 164 с.
73. Пурич – Пейакович Й., Дуньич Д.Й. (Puric-Pejacovic J., Dunjic D.) Самоубийство подростков: Пер. с серб. – М., 2000. – 168 с.
74. Раттер М. (Rutter M.) Помощь трудным детям: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1987. – 422 с.
75. Руководство по телефонному консультированию: Пер. с англ. / Под ред. Е. Лешуковой, А. Зуевой. – М.: НПО «ЭГОС», 1994.
76. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб., 1996. – 352 с.
77. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – Т. 2. – 381 с.

78. Сикорский И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии с кратким очерком судебной психологии. – Киев, 1910. – С. 441 – 442.
79. Скроцкий Ю.А. Демонстративность как язык поступков в структуре психопатического поведения у подростков // Нарушения поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации): Сб. трудов МНИИ психиатрии и Ленинградского НИПИ им. В.М. Бехтерева. – М., 1981. – С. 69 – 80.
80. Славгородский Я.М. Клиническая динамика и терапия психических расстройств у подростков-девочек в постсуицидальном периоде: Авто-реф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 23 с.
81. Смолинский Л.Г. Суицидоопасные ситуационные реакции и их динамика у лиц с акцентуациями характера. Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. – С. 136 – 140.
82. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 3. – С. 73–77.
83. Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии: Метод. рекомендации. – М., 1987. – 20 с.
84. Строганов Ю.А., Алмазов Б.Н.О мотивах компенсаторных поведенческих реакций у подростков // Нарушения поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации): Сб. трудов МНИИ психиатрии и Ленинградского НИПИ им. В.М. Бехтерева. – М., 1981. – С. 84 – 92.
85. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: «Когито-Центр», 2001. – 569 с.
86. Таболин В.А., Федяев А.В., Суходолова Г.Н., Скрылева Л.П. Особенности токсикологии детского возраста // Педиатрия. – 1989. – № 12. – С. 67 – 71.

87. Трегубов Л.В., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993. – 268 с.
88. Тысячная З.К. Семейная терапия в профилактике суицидов. // Семейная терапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В.К. Мягер и Р.А. Зачепицкого. – Л., 1987. – С. 133 – 135.
89. Фиккер В. (Ficker F.) Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78. – № 12. – С. 1850 – 1852.
90. Федотов Д.Д., Чудин А.С., Саркисов С.А. О реактивно обусловленных суицидальных попытках детском, подростковом и юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78. – № 10. – С. 1559 — 1553.
91. Франкл В. (Frankl V.) Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. – 366с.
92. Фрейд З. (Freud S.) Введение в психоанализ. Лекции: Пер. с нем. – М.: Наука, 1989. – 455 с.
93. Хорошко В.К. Самоубийство детей. – М., 1909. – 105 с.
94. Цупрун В.Е. Вопросы диагностики психических заболеваний у суицидентов // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии, 1982. – С. 54 – 56.
95. Чомарян Э.А. Диагностика суицидального поведения у подростков с пограничными расстройствами // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний: Сб. науч. тр. – М.: Изд-во МНИИ психиатрии, 1982. – С. 50 – 53.
96. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. Изд. 2-е. – М.: Новое литературное обозрение, 2001. – 576 с.
97. Шир Е. Суицидальное поведение подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – № 10. – С. 1556 – 1560.

98. Шнейдман Э. (Shneidman E.S.) Душа самоубийцы: Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
99. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детском возрасте / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: ИПП; Воронеж: МОДЭК, 1995.
100. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
101. Юм Д. (Hume D.) Соч. в 2 т. – М.: Мысль, 1996. – Т. 2.
102. Юнг К.Г. (Jung K.G.) Проблемы души нашего времени. – М.: Прогресс, 1994. – С. 185 – 204.
103. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. – 156 с.
104. Яковleva C.B. суицидальные попытки путем самоотравления: эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 20 с.
105. Beck A.T., Beck R., Kovacs M. Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. – 1975. – 132: 285-287.
106. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. Classification of suicidal behaviors. II. Dimensions of suicidal intent. Arch Gen Psychiatry. – 1976. – 33: 835-7.
107. Bille-Brahe U. (1998) Suicidal behavior in Europe. – WHO. – 31 p.
108. Borowsky I.W. Adolescent suicide attempts: risks and protectors // Pediatrics. – Mar — 2001; 107(3): 485-93.
109. Brent D.A. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient, Annals New York academy of sciences // J. Am. Acad. Child Psychol. – Psychiatry. – 34: 106-130.
110. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. (1998) Suicidal behavior runs in families. In: Suicide Prevention. The global context. – N.Y., London: Plenum Press. – P. 51–65.

111. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. (1996) Suicidal behavior runs in families. A controlled study of adolescent suicide victims // Arch. gen. Psychiatry. – 53: 1145–1152.
112. Centers for Disease Control – Suicide in the United States, Suicide Prevention Fact Sheet (<http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>).
113. Catalozzi M., MD; Pletcher J.R., MD; Schwarz Donald F., MD, MPH – Prevention of suicide in adolescents. – 2001. – 13:417-422.
114. Enns M.W., Cox B.J., Inayatulla M. Personality Predictors of Outcome for Adolescents Hospitalized for Suicidal Ideation // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2003. – V. 42. – № 6. – 21: 178-186.
115. Farberow N. Cultural history of suicide // Suicide in different cultures. Edited by Farberow N. – Copyright 1975. – University Park Press. – P. 8.
116. Glaser K. Suicide in children and adolescents. – N.Y., 1965. – P. 101-108.
117. Glowinski A.L., Bucholz K.K., Nelson E.K., Qiang Fu, Madden P.A.F., Reich W., Heath A.C. Suicide Attempts in an Adolescent Female Twin Sample // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – V. 40. – № 11. – November, 2001. – 32:521-529.
118. Guertin T., Lloyd-Richardson E., Spirito A., Donaldson D., Boergers J. Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose // J. of the American Academy of Child and Adolescent – Psychiatry. – V. 40. – № 9. – September 2001. – 40: 837 – 846.
119. Hawton K., D. Cole, J. O'grady & M. Osborn, Motivational Aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. – 1982. – 141:286-291.
120. Hedin H., Lipschitz A., Maltsberger J.T., et al (American Foundation for Suicide Prevention, New York). Therapists Reactions to Patients Suicides // Am J Psychiatry. – 2000. – 157:2022-2027.
121. John Mann J. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide, 2002. – 136:302-311.

122. Jacobzener H. Attempted suicides in adolescence buy poisoning. – Psychiatry, 1965. – V.119. №2, p. 247-252.
123. Klein M. The psycho-analysis of children. – London: Hogworts Press, 1932.
124. Kreitman N. (1993) Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. – Addiction, 88: 757–766.
125. Lewinson P.M., P. Rohde & J.R. Seeley – Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications, 1996. – 3:25-46.
126. Michaux L. Psychiatrie infantile. – Paris, 1953. – P 29-31.
127. Patris J., MD – Chronic Suicidality among Patients with Borderline Personality Disorder. – 2002. – 53:738-742.
128. Pirkis J.E., Irwin Ch. E., Brindis C.D., Sawyer M.G., Friestad Ch., Biehl M., Patton G.C. Receipt of Psychological or Emotional Counseling by Suicidal Adolescents // Pediatrics. – V. 111. – № 4. – Apr. 2003. – 48:834-839.
129. Prinstein M.J., Nock M.K., Spirito A., Grapentine W.L. Multimethod Assessment of Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients: Preliminary Results // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – V. 40. – № 9. – Sept. 2001. – 33:229-233.
130. Otto U. Suicidal acts in children and adolescents A follow up study – Acta psychiatric Scand. – 1972. – Suppl 233. – P. 1-124.
131. Rivaille c. Tentatives de suicides d'adolescents. – Sem. Hop., 1970. – № 17. – P. 1141-1147.
132. Rutz W., Walinder J., Von Knorring L., Rhimer Z., Philgren H. – Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Got land study // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. – 1997. – 1:39-46.
133. Roy A. (1983) A family history of suicide. Arch. Gen. Psychiatry. – 40: 971–974.

134. Roy A., Segal N.L., Sarchiapone M. (1995) Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims // Am. J. Psychiatry. – 152: 1075–1076.
135. Prevention. The global context. – N.Y. – London: Plenum Press. – P. 223–230.
136. Slap G., Goodman E., Huang B. Adoption as a Risk Factor for Attempted Suicide During Adolescence // Pediatrics. – V. 108. – № 2. – August 2001. – 53: 339-348.
137. Stanley E.J., Barter J.T. Adolescent suicidal behavior // Am. J. Orthopsychiatry. – 1970. – V. 40. – № 1. – P. 87-95.
138. Stevenson E.K., Hundgens R.V., Held C.P. et al. Suicidal communication in adolescents // Dis Nerv Sist. – 1972. – V. 33. – № 2. – P. 112-122.
139. Vermeiren R., Schwab-Stone M., Ruchkin V.V., King R.A., Van Heeringen C., Deboutte D. Suicidal Behavior and Violence in Male Adolescents: A School-Based Study // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – V. 42. – № 1. – Jan. 2003. – 99:791-796.
140. Walk-Wasserman D. (1986) Attempted suicide — the patient's family, social network and therapy. Dissertation. Dep. of psychiatry. – University Hospital, Karolinska Institute, Stockholm. – P. 139.

ПРИЛОЖЕНИЕ

№ИБ	Дата поступления	препарат
Ф.И., возраст		
Место учебы		
Домашний адрес		
Исход		
семейный анамнез	состав семьи	
	сведения о родителях	
	наследственная отягощенность	
анамнез жизни (особенности развития, психотравмы)	особенности семейного воспитания, наличие конфликтов, асв, аст	
	ранний и дошкольный возраст	
	школьный возраст	
Анализ суицидальной попытки	интересы, увлечения	
	привычные интоксикации	
	половое развитие	
	соматическое здоровье	
первая / повторная		
сформированность понятия "смерть"		
сновидения, фантазирование, интерес к смерти		
формулировка цели самоубийства		
провоцирующий фактор		
пресуицидальный период (длительность, выбор способа)		
депрессивное р-во (шкала Гамильтона)		
постсуицидальный период (актуальность конфликта, критичность, суицидальные тенденции)		
доминирующий мотив		
суицидальная интенция		
Акцентуация характера		
Психиатрический диагноз		
Психологическое заключение		