

# Самарский Государственный Университет

## Кафедра психологии

Исаев Д. С.

Шерстнёв К.В.

### Психология суицидального поведения

#### Методические рекомендации

#### для студентов по спецкурсу “Суицидология”

Самара 2000

Николай Бердяев: “Суицид есть издевательство над смертью”.

Эдвин Шнейдман: “Суицидальный человек помещает свой психологический скелет в шкаф у оставшихся в живых близких”.

#### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы суицидального поведения.

За последнее время в Самарской области возросло количество самоубийств. По сводкам станции Скорой помощи за неделю, в среднем около 10 подростков пытаются самостоятельно уйти из жизни. 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.

Часто задают вопрос о том, что можно сделать для подростка, который решил уйти из жизни и можно ли его переубедить.

Представление о том, что суицидента нельзя отвлечь от принятого им решения, базируется на неверном предположении о неотвратимости суицидального намерения у самоубийцы.

Однако, как отмечал еще В. М. Бехтерев, потребность в самоуничтожении у подавляющего большинства людей является лишь временной, “неудавшаяся попытка уже вновь возвращает инстинкт жизни и заботу о ней”. Бехтерев обращал внимание на кажущуюся нелогичность в поведении лиц, предпринимавших покушение на самоубийство. После неудавшейся попытки они начинали вести себя как люди, дорожащие своей жизнью, энергично бороться за нее и с усердием принимать назначаемые им лекарственные средства.

В работах известных американских суицидологов Н. Фарбероу и Э. Шнейдмана 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.

## Глава 1

### Типология самоубийств

Почти все люди в то или иное время думают о суициде. Саморазрушение является одним из многих жизненных выборов, открытых для людей. Джоост Мерло, автор книги "Суицид и массовый суицид", утверждает "80% людей признают, что они "играли" идеями о суициде". Ни одна группа, национальность или класс людей не свободны от этого "непростительного греха общества". Хотя человек может ни разу не произнести слово "самоубийство", означает ли это, что она или он полностью свободны от желания смерти? Люди имеют тенденцию к саморазрушению, которая различается лишь по степени выраженности или интенсивности проявлений от человека к человеку и от одного общества к другому. Желание умереть является частым среди детей, а суицидальные фантазии вполне естественны для обычных взрослых людей. Эти желания могут быть выражены по-разному: "Если бы я сейчас умер, мои родители пожалели бы, что относились ко мне так плохо", "Лучше умереть, чем так дальше жить", "Я устал от жизни", "Вам без меня будет лучше", "Вам не придется слишком долго меня терпеть".

Эти высказывания для случайного наблюдателя могут показаться не связанными с самоубийством, но следует подчеркнуть, что именно они используются в пресуицидальных беседах и записках. Угрозы могут превратиться в действия. Вместо пассивного принятия непреодолимых трудностей возникает активная декларация независимости: смерть от своих рук. Жертва как будто кричит: "По крайней мере, я сумел сделать хотя бы это".

### Частота суицидов

Каждую минуту в мире кто-то предпринимает попытку преднамеренного самоубийства. Эти попытки 60-70 раз в день оканчиваются успешно. В г. Самара этих "успешных" самоубийств совершается около 8 в неделю, до 420 за год, в Самарской области до 1000 за год. Бесспорно, что настоящее число суицидов еще выше, поскольку не всегда сообщается о реальной причине смерти, или она скрывается под названием "смерть от несчастного случая". Сейчас принято считать, что в среднем на одну "успешную" попытку приходится 30-40 попыток не приведшие к смерти.

Проблема ухудшается, поскольку отмечается значительное повышение числа суицидальных попыток и самоубийств среди молодых людей в возрасте от 15 до 22 лет. Каждый год до 12 000 пожилых россиян кончают с собой.

### Непрямое самоубийство

Существуют люди являющиеся суицидальными личностями, но этого не признает их семья, друзья, или сталкивающиеся с ними профессионалы. Отчаявшиеся субъекты могут счесть жизнь не выносимой из-за непреодолимых препятствий, и их поведение может быть устремлено к смерти. В 1897г. французский философ Эмиль Дюркгейм назвал такое поведение "символическим суицидом". В свою очередь, Карл Меннинггер описал "хронический суицид", как "непрямое саморазрушающее поведение, которое подрывало чье-либо собственное здоровье". Американский исследователь Н.Б. Табачник определяет саморазрушающее поведение как совершение "любых действий, над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль, способствующих продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти". Любое поведение, которое сокращает жизнь человека, кроме того определяется как "частичное", "полунамеренное", "полупреднамеренное", "скрытое самоубийство", "бессознательное суицидальное поведение" или "суицидальный эквивалент".

Люди часто медленно убивают себя, не осознавая своих летальных намерений. Лица, к которым относится это утверждение, отрицали бы то, что их действия направлены на саморазрушение либо причинение вреда самим себе. И все же, их

образ жизни является движением в сторону саморазрушения. Те же психические силы, которые толкают человека к прыжку вниз с небоскреба, лежат в основе таких опасных привычек, как злоупотребление алкоголем, не медицинское употребление наркотиков, игнорирование серьезных болезней, переизбыток, чрезмерная работа или хроническое курение.

Американец Калвин Фредерик из Национального Института психического здоровья приводит 7 основных характеристик непрямого суицида:

частое отсутствие осознания последствий своих поступков, рационализация, интеллектуализация или отрицание своего поведения, постепенное начало деструктивного поведения, которое все же стремительно приближает смерть, крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций, вероятность долготерпеливого мученического поведения, извлечение вторичной выгоды из сочувствия или/и проявлений враждебности во время саморазрушения, смерть почти всегда кажется случайной.

Автоцид

Еще одним местом, где стоит искать замаскированные самоубийства, является проезжая часть дороги. Машина является идеальным инструментом самоуничтожения. Во многих случаях житейская мудрость, которая восклицает при виде автомобиля: "Боже мой, он намеривается покончить с собой!", является обоснованной. Многие случаи смерти, отмеченные как несчастные случаи, часто представляют собой замаскированные самоубийства. У 40% жертв транспортных аварий с летальным исходом находят повышенный уровень алкоголя в крови. Спорным вопросом остается то, насколько "случайными" были эти несчастные случаи. Специалисты считают, что невнимательность, превышение скорости, ошибки в оценке ситуации и управление автомобилем в нетрезвом состоянии часто являются следствием осознанного или бессознательного саморазрушающего поведения. До 25% из обследованных жертв несчастных случаев находились в подавленном состоянии или говорили о чувстве беспомощности, что является типичным для суицидальных личностей. До несчастного случая у них бывали фантазии о смерти и саморазрушении. По мнению специалистов примерно четверть водителей, которые погибают в автокатастрофах, сами намеренно или полунанмеренно способствуют этим авариям своей бесшабашностью и чрезмерно рискованными поступками. Юноши, с которыми с большей вероятностью случались аварии, преимущественно проводили время на улице, отличались бурным и неуправляемым характером, повстанческим духом или видели себя в образе "крутого парня". В состоянии эмоционального стресса они легко употребляли алкоголь или наркотики, а затем беззаботно и импульсивно управляли автомобилем, проявляя больший интерес к мощности и скорости, чем к безопасности вождения. В целом, девушки считаются более безопасными водителями. Они, по-видимому, могут легче проявлять свои внутренние чувства, чем юноши, которые стремятся вести себя что называется по-"мужски".

Использование транспортных средств как метода саморазрушения особенно плохо поддается динамическому наблюдению, статистическому учету и анализу. Люди, которые предпринимают автоцид, редко оставляют суицидальные записки.

Алкоголизм

Риск суицидов очень высок у больных алкоголизмом. Это заболевание имеет отношение к 25-30% самоубийств; среди молодых людей его вклад может быть еще выше - до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

Пьяницы нередко чувствуют себя лишенными любви окружающих. Они выпивают для того, чтобы притупить эту боль. Поскольку алкоголь способствует возникновению депрессии, то ее начальные признаки возникают довольно быстро. После выпивки они чувствуют себя еще более подавленными и виноватыми, и это является поводом для нового приема алкоголя. Таким образом, возникает порочный круг -

депрессия приводит к употреблению алкоголя, что в свою очередь вызывает еще большую депрессию, приводя в дальнейшем к частой алкоголизации или запоям. В результате распадается семья, теряются друзья и работа. Исследования показывают, что у многих пьяниц, ставящих крест на своей жизни, отмечается потеря тесных взаимоотношений с окружением, по крайней мере в течение 6 недель предшествующих суициду. Во время межличностного кризиса большой алкоголизм отличается особенно высоким суицидальным риском. Алкоголь также усиливает агрессивность, которая может привести к саморазрушению, если обращивается на самого себя.

Больные алкоголизмом могут не стремиться убить себя сознательно, но их хроническое пьянство, тем не менее, является поведением, сокращающим их жизнь. Токсические эффекты алкоголя на организм человека хорошо известны и описаны в научной литературе. Кроме того, тяжелое телесное изнашивание и недоедание также входят в стиль жизни алкоголика. Когда он умирает, то его смерть может быть и не отнесена к числу суицидов, поскольку к ней привели такие соматические причины как цирроз печени. Преждевременная смерть может быть вызвана и межличностными конфликтами, которыми богат алкоголизм, а также присущим ему пагубным влиянием на телесное или эмоциональное здоровье или чаще всего различными их сочетаниями. Тем не менее, существует очень мало сомнений, что алкоголизм является существенным фактором суицидального синдрома.

#### Наркомания

Часто употребление алкоголя сочетается с приемом барбитуратов, транквилизаторов или героина, как в прямых суицидальных целях, так и ненамеренно. Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

Наркомания и суициды тесно связаны между собой. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, также как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение, независимо от осознания ими этих намерений. Психологи наблюдали взаимосвязь полинаркомании и состояний депрессии и тревоги. В психоаналитическом исследовании этого феномена, предпринятом в 1933г. , известный психоаналитик Шандор Радо ввел термин "фармокотемия", для описания своеобразного расстройства психики, при котором наркотики употребляются с целью утешения невыносимой психической боли. Он подчеркивал, что в этих случаях наркотикам приписываются магические свойства, которые могут повысить самооценку или помочь справиться с меланхолическим настроением.

Токсические эффекты наркотиков, также как и алкоголя, предрасполагают к широкому кругу болезней: чаще всего развиваются такие серьезные заболевания как гепатит и эндокардит. У подавляющего числа наркоманов они возникают из-за сочетанного приема таблеток и инъекционных наркотиков. Они страдают от общего стиля жизни, характеризующегося стихийностью и недостаточным питанием. Наркоманы с большой вероятностью заболевают такой фатальной болезнью как СПИД. Приблизительно 17 % из тех, кто рискует заболеть СПИДом, использует внутривенное введение наркотиков. Вирус СПИДа персистирует в крови и распространяется через иглы при использовании одного и того же шприца.

Недавние исследования больных наркоманией подтвердило представление о том, что наркотики являются одним из широко распространенных средств совершения самоубийств. Не только молодые, но и пожилые люди убивают себя передозировкой медикаментов. Основными лекарствами используемыми для самоубийств пожилыми людьми являются: пентабарбитал, секобарбитал, фенобарбитал, салицелаты и секоамбарбитал.

Многие наркоманы, как и другие потенциальные самоубийцы, молодые и пожилые, чувствуют себя нелюбимыми окружением и сами не любят никого. По словам психиатра Исидора Сэджера, "никто из тех, кто не оставил надежду на любовь,

не совершает самоубийства". Наркотики притупляют чувства и как бы держат семью, друзей и весь мир на расстоянии. Для некоторых людей есть только два выхода: употреблять наркотики или совершить попытку самоубийства.

Формы полунамеренных суицидов.

По обычному определению, суицид является преднамеренным лишением себя жизни. Вместе с тем, установлено, что большое число людей желают умереть, но еще не находится в том состоянии, в котором они сознательно осуществили бы это желание.

Самоубийства, скрытые под личиной несчастных случаев, не настолько редки, как это считается. Те люди, которые подвержены несчастным случаям, сами могут считать себя осторожными, и все же, как это ни странно, ведут себя саморазрушительным образом. Например, причиняют себе ножевые ранения или "случайно" принимают слишком много таблеток.

Некоторые люди, с одной стороны, не уверены в том, что хотят умереть, но при этом не убеждены и в том, что желают жить. Эта амбивалентность проявляется в так называемых "смертельных играх", к которым относится, например, русская рулетка. В таких "играх" исход зависит от внешних сил, и решение принимается как бы за игроков. Игра со смертью, кроме того, имеет место во время других рискованных соревнований, например, при автомобильных гонках или прыжках с парашютом.

Суицидальный эквивалент может быть закамуфлирован соображениями идеализма или альтруизма. Мученики отдают свою жизнь во имя Бога или Отечества. Еще задолго до смерти они бессознательно могут желать умереть. Потом возникает возможность, которая позволяет им сделать это с честью и благородством. В результате, из-за своей беззаветной храбрости, они приобретают не презрение, а благоговение для своих потомков.

Многие случаи смерти не попадают в рубрику самоубийств, несмотря на то, что в их основе лежит определенное бессознательное летальное намерение человека. В центре профилактики суицидов в Лос-Анжелосе предложили 3 рабочих категории причин смерти.

Ненамеренная смерть - это смерть, в которой индивид, не играет никакой активной роли.

Преднамеренная смерть - это смерть, в которой жертва играет активную роль в ней, совершая волевые или импульсивные действия.

Полунамеренная смерть, в которой жертва играет частично бессознательную, скрытую роль в саморазрушении.

Таким образом, существует много способов совершения самоубийства, кроме вскрытия вен, приема яда, попыток повеситься или застрелиться.

Как бы то ни было, суицид является главной причиной напрасных смертей. По словам Джастиса Кордоза: "Крик о помощи является призывом к спасению".

#### СУИЦИД: ТЕОРИИ

Самоубийство как предмет изучения и сегодня еще пропитан ложными сведениями и предубеждениями. Поэтому ученые посвящают свои труды выяснению его психологии и психопатологии, с тем, чтобы помочь выявлению и пониманию людей с суицидальными тенденциями. Следует заметить, что по вопросу о суицидах не существует полного согласия даже между крупными теоретиками. Представители различных научных направлений, последователи многочисленных психологических школ рассматривают его под различными углами зрения.

Зигмунд Фрейд

27 апреля 1910г. на заседании Венского психоаналитического общества состоялась дискуссия на тему "Самоубийство у детей". Фрейд утверждал, что в своем стремлении отучить детей от их опыта ранней сексуальной жизни педагоги часто бросают еще не зрелых учеников на произвол судьбы перед суровыми испытаниями дальнейшей жизни. Он говорил, что, хотя о самоубийстве известно мало, но, по-видимому, оно действительно является отрицанием жизни из-за страстного желания смерти. Это замечание предвещало позднейшее положение Фрейда о существовании инстинкта смерти.

Работа Фрейда "Печаль и меланхолия" посвящена его теории суицида.

Есть два вида влечений: один из них - инстинкт жизни, Эрос, другой - это влечение к смерти, разрушению и агрессии, Танатос. Для Фрейда смерть является чем-то большим, чем просто событием телесной жизни. Смерть бывает желаемой. Существуют постоянные колебания между силой этих двух противоположных инстинктов. Эрос со временем стареет, вечный же Танатос остается в высшей степени напористым "до самого конца, на всем протяжении жизни человека, достигая своей цели лишь приводя его к смерти".

Суицид и убийство представляют собой проявления импульсивного и разрушительного влияния Танатоса. Убийство - это агрессия, устремленная на других, а суицид - это агрессия, направленная на себя. Очень важно, подчеркивал Фрейд, что убийство нельзя оправдать, и оно может быть предотвращено. Суицид также, по сути, является убийством наизнанку, не должен быть оправдан и может быть предотвращен.

Карл Меннингер

Меннингер согласен с Фрейдом в том, что в жизни человека существует напряженная борьба между инстинктами самосохранения и саморазрушения. Исследовав глубинные мотивы самоубийства, он выделил три составных части суицидального поведения.

Для того чтобы совершить самоубийство, во-первых, необходимо иметь желание убить. Оно, например, проявляется в ярости младенцев, если их желания фрустрируются. "Подобно грудным детям, противящимся отнятию от груди и чувствующим, что у них забирают нечто, на что они имеют право, эти люди (суициденты), будучи в большинстве своем инфантильными, могут не выдержать помех на пути исполнения их желаний". Желание убить в этом случае обращается против "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.

Альфред Адлер

"Быть человеком - означает ощущать свою неполноценность". Этот тезис является основным положением "индивидуальной психологии" Альфреда Адлера. Стремление разрешить определенные жизненные проблемы побуждает людей к преодолению своей неполноценности. Но, если некоторым индивидам это не удается, они начинают

испытывать потребность уничтожить окружающих. Суицид в этом контексте становится скрытой атакой на других людей. Посредством саморазрушения человек стремится вызвать сочувствие к себе и осуждение тех, кто ответственен за его сниженную самооценку. Адлер описывал чувства собственной неполноценности у суицидальных людей, которые "вредят другим своими мечтаниями о ранах или наносят их себе".

Карл Юнг

Касаясь вопроса о самоубийстве, Юнг указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Оно может стать важной причиной смерти от собственных рук. Люди не только желают уйти от невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство.

Кроме того, они торопятся со своим метафорическим возвращением в чрево матери. Только после этого они превратятся в детей, вновь рожденных в безопасности. В образном языке символической мудрости веков ("архетипах") есть знаменитое Распятие: после смерти человека ожидает награда в виде новой жизни вследствие воскресения.

Джеймс Хиллмен

Последователь Юнга психоаналитик Джеймс Хиллмен относится, вероятно, к наиболее последовательным защитникам самоубийства. Он считал превентивные подходы юриспруденции, медицины и теологии в отношении суицида препятствиями для его адекватного понимания. Хиллмен указывал, что слишком долго воззрения на суицид были моралистическими и иррациональными в том смысле, что его следует предотвращать, во что бы то ни стало. Медицина, по его мнению, никогда честно не смотрела в лицо этой проблеме, ибо целью врачей всегда было продление жизни человека. Юридическая наука, в свою очередь, считала: мы можем, не нарушая закон, убивать себе подобных разными способами и по различным мотивам, но, лицемерно заявляла она, мы не вправе ни при каких обстоятельствах оправдаться и получить прощение за убийство самих себя. Священники же, полагал он, препятствуют самоубийству не потому, что это противоречит воле Бога, а по "причине" ложно понятой теологической догмы.

Хиллмен считал, что суицид является важным и законным способом обретения смерти, который "освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души". Он цитировал английского философа Дэвида Юма: "Когда я падаю 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".

Герри Стек Салливен

В психологии Салливен разработал теорию межличностного общения. Так же, как электроны приводятся в движение магнитным притяжением, так и человек реагирует на других значимых его людей. Взаимоотношения индивида с другими людьми является важнейшим моментом жизни. Каждый человек имеет три олицетворения "Я". Когда человек чувствует себя в безопасности, он является "хорошим Я"; в состоянии тревоги он становится "плохим Я"; в психотических кошмарах 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 и саморазрушение также является привлекательной альтернативой для индивида. Суицид отражает, по мнению Салливена, переориентированное на себя враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру.

Карен Хорни

Она считала, что если бы детям обеспечили окружение, свободное от тревоги, то они бы росли и процветали. Однако культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в стовор с целью искажения развития личности ребенка.

Чувствуя себя в опасном окружении, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни. Это вызывает у них появление описанной Хорни "основной тревоги". Суицид может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности или того, что Хорни называет "идеализированным образом", имеющимся у человека о самом себе. Самоубийство может быть также "суицидом исполнения", из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом. В соответствии со взглядами Хорни, суицид является результатом сочетания внутренних характеристик личности и факторов окружающей среды.

Эмиль Дюркгейм

В работе "Самоубийство" (1897), он утверждал, что самоубийство, которое в то время считалось чисто личностным феноменом, может быть лучше объяснено как реакция человека на особенности, в котором он живет. Частоту саморазрушения можно четко связать с определенными социальными условиями. Дюркгейм установил взаимосвязь суицида - поступка конкретного индивида - с окружением, в котором он существует.

Согласно теории Дюркгейма существует три вида суицидов. Большинство суицидов эгоистичны. Саморазрушение в этом случае объясняется тем, что индивид чувствует себя отчужденным и разьединенным с обществом, семьей и друзьями. Существует также аномическое (от аномия - "бесправие") самоубийство, которое возникает, если человек терпит неудачу в адаптации к социальным изменениям. Такие суициды часты во времена общественных кризисов, таких как экономическая депрессия, или, наоборот, во времена процветания, когда суициды совершают нувориши, которые не могут приспособиться к новым для них стандартам жизни. Последним типом является альтруистическое самоубийство, при котором авторитет группы над индивидом является столь большим, что он теряет свою идентичность и в силу этого жертвует собой на благо общества.

Норман Фейбероу

Норман Фейбероу 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) Фейбероу впервые описал и систематически исследовал те формы саморазрушающего поведения, которые до этого не относились к суицидальным. 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, в воду с большой высоты или хэнг-глайдинг. Фейбероу так комментирует эти рискованные увлечения: "Общество ценит опасные и рискованные поступки, так как они придают интерес жизни, способствуют проявлению интенсивных эмоций, а также стимулирует исследование неизвестного и познание всего нового".

Эдвин Шнейдман

Эдвин Шнайндман был первым директором Центра исследований и профилактики суицидов в Лос-Анжелосе. В 1957 году в соавторстве с Норманом Фейбероу он выпустил книгу "Приметы самоубийства". Спустя 4 года он написал книгу "Крик о помощи". Обе эти книги считаются классическими в области суицидологии. В своей поразительной книге "Смерти человека" (1980) Шнейдман, 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 крайне невероятным.

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

Игроки со смертью – это те кто, говоря языком игры, делают свою жизнь ставкой в ситуации относительно низкой вероятностью выживания, как например, в русской рулетке, где шансы погибнуть составляют 5 из 6. Существует еще тип людей одобряющих смерть, хотя и не играющих активной роли в ее приближении, но честно заявляющих, что желали бы своего конца. Этот тип часто встречается среди тревожной молодежи и одиноких стариков. Суммируя, можно сказать словами Шнейдмана "смерть приближается из-за неосторожности, опрометчивости, безрассудства, забывчивости человека или вследствие других сходных психологических механизмов".

#### А. Альварес

А.Альварес, отмечает, что у психологов и психотерапевтов, занимающихся лечением суицидальных больных, часто встречается недостаточность эмпатии. Она выражается вербальным и мимическим проявлением гнева и раздражения, преждевременным завершением лечения или снижением частоты психотерапевтических сеансов. Причинами этой реакции, по его мнению, может быть осознание врачом своей некомпетентности в предотвращении возможного самоубийства или неспособности справиться со своими личными суицидальными импульсами.

Его работа "Жестокий бог" (1971) является проникновенным и глубоким исследованием суицида. В ней он пишет: "Я должен признаться, что я являюсь неудавшимся самоубийцей...".

#### Элизабет Кюблер-Росс

Она была практикующим врачом в Швейцарии, затем переехала в США и работала над исследованием проблем смерти, сочетая ее с преподаванием психиатрии в Университете Чикаго. Выдающийся бестселлер "О смерти и умирании" (1969), широко известные семинары и лекции сделали ее одним из выдающихся исследователей горя.

Элизабет Росс известна своим изучением психологии различных этапов переживания приближения смерти. Она относит к ним следующие.

Отрицание: "Это не может случиться со мной, это ошибка, вы, наверное, говорите о ком-то другом." Отрицание действует подобно буферу после неожиданно потрясающего известия.

Гнев: он может иметь любую направленность. Острие гнева человека может быть адресовано группе или отдельному человеку. Гневливая враждебность проявляется в ярости, зависти или возмущении. Их объектом часто бывает медицинский персонал больниц: "От врачей нет никакой пользы. Они только и думают, что об игре в гольф. Они не так делают анализы и назначают неправильное лечение".

Сделка: этот этап является сделкой, в которой ставкой становится чья-либо жизнь: "Если я пообещаю держаться подальше от гоночной трассы, поможете ли Вы мне выжить?" "Если Вы меня вылечите, я обещаю никогда не обманывать мою жену". "Давайте бросим карты. Если выпадает козырная карта, я останусь жить, а если нет – то умру".

Депрессия: она может быть формой предсмертного горя. Все вокруг кажется мрачным, человек чувствует себя нагим и незащищенным. В этом состоянии он

становится пророком собственной обреченности. В это время человек часто отличается малообщительностью, теряя интерес к жизни.

Принятие: на этом этапе индивид, скорбя о грядущей потере, начинает думать о смерти с какой-то долей тихого ожидания. Абрахам Маслоу использует для характеристики этого состояния термин "самоактуализация": "Я прожил полную и завершённую жизнь. Теперь я могу умереть." Следует отметить, что, по мнению многих психиатров, только менее 2 % населения переживают эту стадию.

Элизабет Росс, характеризуя субъектов суицида, выделяет следующие категории тяжелобольных, обдумывающих самоубийство:

- 1) те, кто испытывает интенсивную потребность контролировать всех и вся;
- 2) те, кому прямо сообщают о том, что у них неизлечимое заболевание.

"Мы ничего больше не можем сделать потому, что вы слишком поздно обратились за помощью":

больные, нуждающиеся в пересадке органов, которым пообещали нереальную перспективу возможности их получения;

больные, которые находятся в изоляции, покинуты друзьями и семьей или получают в кризисном состоянии неадекватную медицинскую помощь. Некоторые больные кончают с собой далеко не сразу. Вместо этого "они нарушают режим, не принимая медикаментов, таким образом, полупассивно приближая свою смерть".

Глава 2

#### ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намерился совершить суицид, от 70 до 75 % тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Очень важно, что 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают своих врачей и работников социальных служб, до этого по какому-либо поводу в течение ближайших недель и месяцев. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто врачи, соцработники и семья не слушают их.

Суицидальными людьми, в целом, руководят амбивалентные чувства. Они испытывают безнадежность, и в то же самое время надеются на спасение.

Часто желания за и против суицида настолько уравновешены, что если близкие в эти минуты проявят теплоту, заботу и проникательность, то весы могут наклониться в сторону выбора жизни. Поэтому очень важно знать во время беседы с суицидальным человеком об особых ключах и предостерегающих признаках самоубийства.

#### Суицидальная попытка

Совершение человеком ранее попытки к самоубийству является мощным предикатором последующего завершённого суицида. Самым лучшим опознавательным знаком, свидетельствующим о намерениях человека, является попытка.

Некоторые суицидальные попытки не воспринимаются как серьезные.

Употребление снотворных таблеток или нанесение порезов на руке таким образом, чтобы окружающие раскрыли это действие. Но обычно семья и друзья проходят мимо или не замечают вовсе. Окружающие часто раздраженно реагируют на попытку: "Она (он) просто хотела привлечь к себе внимание". Дело состоит в том, что к каждой суицидальной попытке надо отнестись со всей серьезностью, какой бы безвредной и легкомысленной она не казалась.

Самыми уязвимыми являются люди, которые в прошлом совершали попытки к самоубийству или тесно контактировали с теми, кто старался, или был успешен в этом стремлении. По статистике 12 % совершивших суицидальную попытку повторяют ее в течение двух лет, и достигнут желаемого. Четыре из пяти суицидентов, покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом, по крайней мере, однажды. После первой неудачной попытки многие делают вывод: "Я сделаю это лучше в следующий раз". И они вспоминают об этом, особенно испытывая психический стресс и личностный хаос.

#### Суицидальная угроза

Миф о том, что "те, кто говорят о самоубийстве, никогда не совершают его", как доказано, является опасным и ошибочным. Наоборот, многие люди, кончают с собой, говорят об этом, раскрывая свои намерения. Вначале угроза может быть бессознательным призывом о помощи, защите и вмешательстве. Позднее, если не находится никого, действительно заинтересованного помочь, человек может наметить время и выбрать способ самоубийства. Некоторые довольно ясно говорят о своих намерениях. Существуют прямые утверждения: "Я не могу этого выдержать. Я не хочу больше жить. Я хочу покончить с собой". Часто высказывания являются завуалированными и замаскированными: "Вы не должны беспокоиться обо мне. Я не хочу создавать для вас проблемы", "Я хочу уснуть и никогда не проснуться", "Скоро, очень скоро эта боль будет уже позади", "Они будут очень жалеть, когда я их покину", "Мне бы хотелось знать, где отец прячет ружье". Принимают ли эти весьма опасные высказывания форму открытых заявлений или искусных намеков, в любом случае они не должны игнорироваться. Иногда индикаторы суицида могут быть невербальными. Подготовка к самоубийству зависит от особенностей личности человека и внешних обстоятельств. Она зачастую состоит в том, что обычно называется "приведением своих дел в порядок". Для одного это может быть оформление завещания и пересмотр страховых бумаг. Для другого - написание длинных запоздалых писем или улаживание споров и конфликтов с родными и соседями. Подросток может раздаривать сентиментально ценные личные вещи. Завершающие приготовления могут быть сделаны очень быстро, и затем мгновенно следует суицид.

#### Суицидальные факторы

Стрессовая ситуация делает людей более восприимчивыми к самоубийству. В это время нечто происходит как внутри, так и вокруг них. В кризисных обстоятельствах они утрачивают все перспективы и ориентиры, и под угрозой оказывается их выживание как целого. Прогнозы на будущее кажутся мрачными и безнадежными.

#### Риск суицида высок у людей:

С недавно выявленной прогрессирующей болезнью. Фактор прогрессирования заболевания является более значимым для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособности. Испытывающие боль пациенты часто адаптируются к своему состоянию, если оно является стабильным. Однако болезнь, вынуждающая человека постоянно приспосабливаться к новым неблагоприятным переменам, приводит к гораздо большему стрессу; в этих условиях ряд больных решают скорее совершить самоубийство, чем разрешить болезни самой поставить точку. Экономические неурядицы, с которыми сталкивается человек. Несомненно, они порождают проблемы, связанные с едой, одеждой или с финансовыми передрягами. Они остро чувствуют себя неудачниками, жизнь которых не удалась. Будущее кажется им крайне неопределенным, а самоубийство рассматривается как приемлемое разрешение ситуационной дилеммы.

Со смертью любимого человека жизнь уже никогда не станет прежней. Разрушается привычный стереотип семейной жизни. Возможному суициду, как правило, предшествует затяжное семейное горе. В течение многих месяцев после похорон наблюдается отрицание возникшей реальности, соматические дисфункции, панические расстройства, все больше охватывающее чувство вины, идеализация потери, апатия, а также враждебное отношение к готовым помочь друзьям и родственникам. Человек отказывается видеть одиночество и пустоту в жизни. В этих условиях суицид может казаться освобождением от невыносимой психической

боли или способом соединения с тем, кто был любимым и навсегда ушел. Его могут рассматривать как наказание за мнимые и реальные поступки, допущенные по отношению к покойному.

По многим обстоятельствам развод и семейные конфликты могут восприниматься как события более тяжелые, чем смерть. Если человек умирает, то этому существуют рациональные ("У него был рак") или религиозные ("Бог дал, Бог взял"). При разводе разумные и сверхъестественные трактовки кажутся лишенными оснований. Они особенно не удовлетворяют, если в ситуацию вовлекаются дети и возникают проблемы с их опекой и воспитанием, которые приходится решать на фоне бессознательного чувства вины, поражения или мести. Возникающие проблемы оказывают глубокое психотравмирующее влияние, как на родителей, так и на детей. Исследования показывают, что многие люди в итоге кончающие с собой, воспитывались в неполной семье.

Семейные факторы

Для понимания суицидника нужно хорошо знать его семейную ситуацию, поскольку она отражает эмоциональные нарушения у членов семьи. Было обнаружено, что при большинстве суицидов у подростков, их родители были подавлены, думали о самоубийстве, или уже предпринимали попытки саморазрушения. Так же членов семьи могут обуревать гнев и возмущение. Чтобы отреагировать свои эмоции, они могут бессознательно выбрать одного из близких объектом агрессии, которая может привести к самоубийству.

В семье могут возникнуть такие кризисные ситуации, как смерть близких, развод, серьезное заболевание или потеря работы.

Эмоциональные нарушения

Большинство потенциальных самоубийц страдают от депрессии. Депрессия часто начинается постепенно, появляется тревога и уныние. Люди могут не осознать ее начала. Они только замечают, что последнее время стали подавленными, печальными и "хандрят", будущее выглядит тусклым и они считают, что его нельзя изменить. Часто они приходят к мысли, что больны раком, психическим или неизлечимым заболеванием. Перед суицидом они начинают думать о смерти. Им становится трудно выполнять даже простые обязанности, принять самое простое решение. Они жалуются на вялость, недостаток жизненной энергии и усталость. Признаком депрессии и обусловленных ею суицидальных мыслей может быть снижение сексуальной активности, они жалуются так же на бесплодие и импотенцию. Интимные связи не доставляют им удовольствия.

Признаками эмоциональных нарушений являются:

- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней;
- частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость);
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствия;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека одиночку;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- погруженность в размышления о смерти;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Нарушение поведения

У юношей наиболее явным намеком на суицидальные тенденции являются злоупотребление алкоголем и наркотиками. Около половины перед суицидом принимали лекарства, прописанные их родителям. В среднем возрасте - это невозможность примириться или контролировать свою жизненную ситуацию, что часто проявляется в каком-либо психосоматическом заболевании. У пожилых людей

признаком суицидальных мыслей могут быть разговоры об "отказе" от чего-либо.

Психические заболевания

депрессия;

невроты, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой;

маниакально-депрессивный психоз;

шизофрения;

Каждый 1/4 суицидент - это больные, страдающие психозами, шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Больные, страдающие психотической депрессией, часто совершают суицидальные действия в начале и при затихании психоза.

Более всего восприимчивые к суициду

предшествующие попытки к суициду;

суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;

суициды в семье;

алкоголизм;

хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов;

аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии;

хронические или смертельные болезни;

тяжелые утраты, например, смерть супруга, особенно в течение первого года после потери;

семейные проблемы: уход из семьи или развод;

финансовые проблемы - потеря работы, банкротство, утрата фермы;

Суицидально опасная референтная группа

молодежь: с нарушением межличностных отношений, "одиночки", злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;

гомосексуалисты;

заклученные в тюрьмах;

ветераны войн и локальных конфликтов;

врачи и представители других профессий, находящиеся в расцвете своей карьеры, сверхкритичные к себе, но часто злоупотребляющие наркотиками или страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;

люди зрелого возраста, которые фрустрированы несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;

пожилые люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

Классификация суицидального поведения.

Становление различных концепций самоубийства сопровождалось выдвиганием соответствующих классификаций. Мы воспользуемся типологической моделью, принятой в отделе экстремальных состояний МИН психиатрии. Она построена на основе психологической теории деятельности (А.Н.Леонтьев) и концепции суицида как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликтов (А.Г.Амбрумова).

Собственно суицидальным 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 суицидальной сфере, но не являющуюся таковой в буквальном смысле.

Данную классификацию можно представить в виде схемы:

Антивитаальное переживание.

Внутреннее суицидальное поведение.

1. Пассивные суицидальные мысли.

2. Суицидальные замыслы.

3. Суицидальные намерения.

Внешние формы суицидального поведения.

1. Подготовка к суициду.

2. Суицидальная попытка.

3. Завершенный суицид.

Типы личностного смысла:

1. Протест, месть.

2. Призыв.

3. Избегание (наказания, страданий).

4. Самонаказание.

5. Отказ.

Постсуицидальное состояние.

По отношению к суициду:

1. Критический.

2. Манипулятивный.

3. Аналитический.

4. Суицидально-фиксированный.

По времени:

1. Ближайший постсуицид - 1 нед.

2. Ранний постсуицид - до 1 мес.

3. Поздний постсуицид - до 5 мес.

А теперь, подробнее по каждому пункту.

Антивитальные переживания - размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: "жить не стоит", "не живешь, а существуешь", где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

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.

Суицидальные замыслы - активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслам волевого компонента.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток реализации называется пресуицидом. Он может быть острым и хроническим.

Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившиеся смертью. Она проходит в 2 фазы. Первая – обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая – необратимая.

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

1. “Протестные” формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл в отрицательном воздействии на объективное звено. “Месть” – конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. При поведении типа “призыва” смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

3. При суицидах “избегания” суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл – избегание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4. “Самонаказание” можно определить как “протест во внутреннем плане личности” конфликт при своеобразном расширении “Я” интериоризации и сосуществовании 2х ролей: “Я – судьи” и “Я – подсудимого”, уничтожение в себе врага.

5. При суицидах “отказа” мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни.

Постсуицид представляет собой “результатирующую” таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его “психическим” и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимации, соматические последствия, новая ситуация и личностное отношение к ней.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных компонента:

1. Актуальность конфликта.
2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.
3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 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.

Приведенные ранее теоретические положения позволили выдвинуть концепцию, согласно которой суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

Суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека. У всех суицидентов обнаруживались объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности, а также внутренняя или внешняя конфликтная ситуация.

Можно выделить 5 наиболее часто встречающихся типов личностных реакций, которые обладают потенциальной суицидоопасностью:

1. Эгоцентрического переключения.

2. Душевной боли.

3. Негативных интерперсональных отношений.

4. Отрицательного баланса.

5. Реакции смешанные и переходные.

Следует отметить, что выделенные типы не являются психопатологическими симптомами, а служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в экстремальных ситуациях.

Перейдем к общему описанию каждого из названных типов.

1. Реакции эгоцентрического переключения.

Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на конфликты, которые начинаются с аффективных переживаний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности. Идея суицида появляется в



сознании внезапно, не подлежит обсуждению, приобретая непреодолимую побудительную силу. Окружающая реальность изменяет свое смысловое содержание. Своеобразной трансформации подвергается и самосознание: охваченность суицидальным побуждением предполагает отсутствие страха боли и смерти, телесные ощущения вытесняются из сознания. В результате эгоцентрического переключения сознания недоучитываются обстоятельства покушения, которое нередко при глубине и истинности намерения покончить с собой совершается на глазах у окружающих, что позволяет им принять экстренные меры к спасению суицидента. Попытки прервать суицидальный акт часто не приносят успеха, вызывая агрессию и усиление. С момента начала реализации возвращается критичность, появляются чувства раскаяния и стыда за совершенное при уменьшении актуальности суицидального конфликта. Память на прошедшее сохраняется, однако объем ограничен.

## 2. Реакции психалгии.

Суть этих аффективных реакций состоит в ощущении "душевной боли", при этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов. Наблюдается сужение мотивационной сферы и ограничение общения. Своеобразно изменяется проживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания. Соответственно модальности аффекта психалгии делятся на тоскливые, тревожные, раздражительные.

## 3. Переживание негативных интерперсональных отношений.

Состояния, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направленных резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц. Данные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов с фиксацией на "значимом другом". Возникает, так называемая, ценная реакция, когда стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему. При реакциях негативных интерперсональных отношений пресуицидальный период бывает более продолжительным, чем при реакциях эгоцентрического переключения и психалгиях.

Встречаются как истинные так и демонстративные покушения. Суицидентом принимаются меры к тому, чтобы источник конфликта знал о его намерениях. После попыток суицидальные тенденции исчезают в тех случаях, когда ситуация изменилась в благоприятную сторону. Если нет, то продолжается манипулирование.

## 4. Реакции отрицательного баланса.

Это пресуицидальные состояния, содержанием которых является рациональное "подведение жизненных итогов", оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. Подобные механизмы поведения наблюдаются у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями, у одиноких лиц пожилого возраста. "Подведение баланса" предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, а поведение в пресуициде свидетельствует об отсутствии аффективной напряженности. Подготовка носит тщательно скрытый характер, выбирается наиболее летальный способ суицида. В случае неудачи намерения сохраняются и с большим трудом подвергаются обратному развитию.

- Реакции эгоцентрического переключения чаще возникают у личностей с чертами возбудимости, сценичности, агрессивности, и могут трансформироваться в синдромы измененного сознания.

- Психалгии возникают при элементах эмоциональной неустойчивости, снижении толерантности к эмоциональным нагрузкам. Они могут трансформироваться в депрессивные состояния.

- Для реакции негативных интерперсональных отношений – существенно наличие ригидно-конформного радикала, фиксированность нравственных установок. Трансформация в обсессивные, сверхценные реже в субпараноидные образования с микромасштабными идеями отношения.

- Реакции отрицательного баланса имеют место при гармоничных личностных структурах со сложившейся рациональной системой защитных механизмов.

Следует отметить, что в случаях включения патологических защитных механизмов суицидальный риск снижается.

Отсутствие прямой зависимости между подлинностью суицидальных намерений и объективной опасностью действий, предпринимаемых для лишения себя жизни, подвергнуто сомнению и само деление суицидов на "истинные" 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 суицидального поведения относят и суицидальные 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 суицидальной акции, особенно в случаях, когда подделка суицида была разоблачена.

Сходство между суицидальным и аутодеструктивным поведением состоит в том, что каждое из них таит в себе реальную или потенциальную опасность для жизни и здоровья человека.

Естественно, что по особенностям поведения субъекта косвенным образом можно судить о его подсознательной мотивации. Самоубийству, как правило, предшествует какая-нибудь жизненная драма. Субъект, даже не принявший еще суицидального решения, у которого только формируются неосознанные им на вербальном уровне суицидальные тенденции, часто совершенно теряет ощущение опасности. Ослабляются защитные механизмы его психики, он перестает избегать угрожаемых для жизни ситуаций, проявляет неуместное и необычное для него бесстрашие (например, при переходе улицы не обращает внимания на мчащиеся на него автомобили).

Суицидальное поведение отличается от многих других аутодеструктивных явлений по эмоциональному настрою. У суицидентов наблюдается довольно часто пассивное отстранение себя от всех удовольствий жизни, острое переживание жизненного провала или банкротства.

Среди различных видов поведения, квалифицируемого как формы саморазрушения, можно выделить два явления, действительно родственных в определенном смысле суициду. Это злоупотребление алкоголем и наркотизация. Однако их роднит с суицидом не только сам факт саморазрушения и тем более не стремление к смерти, а их принадлежность к классу социальных отклонений.

По признаку целевой направленности и мотивации отклоняющееся поведение дифференцируется на три группы:

- 1) отклонения корыстной ориентации;
- 2) отклонения агрессивной ориентации, вызванные мотивами мести, неприязни, вражды, неуважения к человеку,
- 3) отклонения социально-пассивного типа, связанные с психологией отчуждения от интересов общества и коллектива.

Злоупотребление спиртными напитками, наркотизация, как и самоубийство, совершенно справедливо рассматриваются авторами монографии как отклонения социально-пассивного типа, поскольку эти явления представляют собой действительно форму ухода от активной жизни и отказ от решения личных и социальных проблем. Однако, следует заметить, что если алкоголизация и наркотизация полностью, очевидно, укладываются в тип социально-пассивных отклонений, то этого нельзя сказать о суициде. Целевая направленность и мотивы суицида не так однородны, как это может показаться на первый взгляд. В рамках предложенной классификации некоторая часть демонстративно-шантажных попыток может быть отнесена в разряд социальных отклонений корыстной ориентации, т. к., совершая их, суициденты преследуют сугубо корыстные цели, связанные с упрочением своего положения в социальной группе или достижением материальных благ. Суицидальное поведение агрессивной ориентации также хорошо известно суицидологам. Мотивы мести, вражды, неприязни, которые описаны как характерные для отклонений агрессивной ориентации, типичны для некоторых видов суицидального поведения, что отчетливо обнаруживается в записках, оставляемых накануне суицида.

Среди суицидентов различаются две категории. Первую из них составляют лица с низким уровнем социализации. Для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, т.е. нарушения в сфере межличностных отношений, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы.

Психологический кризис, предшествующий суициду, характеризуется ситуационными реакциями оппозиции и дезорганизации. Человек нередко кончает с собой на высоте злобной агрессивной реакции. Суициденты этой категории и составляют основной контингент лиц, совершающих самоубийства, которые должны быть отнесены к социальным отклонениям агрессивной ориентации.

Вторую группу составляют лица с достаточно высоким уровнем социализации. Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их в анамнезе не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм. Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд "девиантов". В генезе совершаемого ими суицида лежит прежде всего социально-психологическая дезадаптация. Эти лица психологически декомпенсированы и астенизированы, что связано с переживанием ими сложных конфликтов, для решения которых оказалось недостаточно их жизненного опыта. Психологический кризис в пресуицидальном периоде протекает в форме пессимистических ситуационных реакций, а также реакций эмоционального дисбаланса, реакций отрицательного баланса и реакций демобилизации. (Подробнее см. "Научные и организационные проблемы суицидологии", 1983). Указанная категория совершает суициды, характеризующиеся как отклонения социально-пассивного типа.

Профилактика повторных суицидов.

В настоящее время успешному предотвращению повторных суицидов мешают некоторые трудности организационного характера. Лица, совершившие суицидальные попытки, поступают в медицинские учреждения различного типа - скорпомощные больницы, хирургические центры, больницы общего профиля, центры отравлений. Отсутствие единообразия в размещении суицидентов затрудняет регистрацию и учет суицидальных попыток. Повторность суицидальной попытки может быть установлена, как правило, только со слов самого суицидента или его родственников. Суицидологическая служба Кризисного стационара в данный момент не может добиться стопроцентного охвата лиц, совершивших суицидальные попытки: некоторые из них стремятся избежать посещения психотерапевтов. Не следует забывать и тот факт, что суицид может быть совершен в день выписки из больницы.

Что касается проблемы реабилитации суицидентов в больницах общего профиля и в других типах медицинских учреждений, в которые поступают лица, совершившие суицидальные попытки, то она нуждается в серьезном внимании.

Суицидент является пациентом для врачей соответствующего профиля лишь до тех пор, пока он испытывает необходимость в медицинской помощи соматического характера. Серьезность нанесенных самоповреждений служит основанием для решения вопроса о длительности пребывания его в больнице. Роль психиатра в большинстве случаев ограничивается диагностическими задачами – при установлении психопатических расстройств суицидент переводится в психиатрическую больницу. Если установлено, что суицидент практически здоров – “ситуационная реакция”, то при незначительных по характеру самоповреждениях пребывание его в больнице продолжается от нескольких часов до 1 – 2 суток. Суицидент, выпущенный из больницы без необходимых психокорректирующих воздействий, без полного купирования острого психологического кризиса, сформировавшего суицидальное поведение, может повторить суицидальную попытку сразу же после выписки из больницы, иногда с летальным исходом.

Своевременная психотерапевтическая помощь могла бы оказаться необходимым способом для сохранения им жизни.

Социально-психологические аспекты семейной диагностики

Коммуникативная функция семьи.

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 суицидального поведения и соответственно, в определении объекта семейной диагностики.

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 суицидальных.

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, происходящая как за счет внутриллических изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.

Каким образом в семье может возникнуть суицидальная ситуация? Переживание социально-психологических кризисов будем связывать с утратой подростком высоко значимой для него позиции (в структуре внутрисемейного общения).

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 приспособляться 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.

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 удастся этого достичь.

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

Если семья малоценна, он будет избегать интенсивного общения и пожелает отстоять свою автономию, чтобы ему не мешали жить так, как он считает нужным.

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 глубокий 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.

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, в следствие чего они не могут предвидеть реакции другого. Нет взаимопонимания – нет и ориентации на общность.

Создается суицидоопасная ситуация, когда 2 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.

Альтруистические ?

По отношению к конфликтам вне семьи:

Гибкая и консервативная.

В консервативных семьях суицидальная 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 протеста, 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 нажиму со стороны взрослых, оно может провоцировать 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 2 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.

Диагностика социальной дезадаптации и суицидального риска.

Суициды в настоящее время занимают третье место в качестве причины смерти подростков. Среди непсихотических подростков более высокий риск суицидов у тех, родители которых совершали суициды, у которых не могут выработаться устойчивые привязанности и у которых имеют место импульсивное поведение или эпизодические нарушения контроля над собой; а также страдающие наркоманией. Риск суицида выше в семьях, отношения в которых строятся на зависимости. Подростки обычно подвергают проверке разные типы поведения и социальные роли,

что нередко сопровождается экспериментированием с приемом алкоголя, наркотических средств, курением, ранними сексуальными связями и т.д. В значительной степени этому способствует семейное неблагополучие и очень часто такое поведение свидетельствует о скрытой депрессии, из которой они самостоятельно, неосознанно, пытаются выйти.

Подростковый возраст, особенно в период интенсивных пубертатных изменений, создает и большие трудности для выявления и диагностики тех или иных начинающихся изменений личности и психических расстройств. С другой стороны, подростковый возраст, как начало жизненного пути человека и время наиболее интенсивных раскрытий его возможностей, обуславливает и особую социальную и морально-этическую значимость различных девиаций и психических нарушений в этом периоде.

Клинические критерии:

Форма психического расстройства и тип его течения.

Социальные факторы:

Условия воспитания в семье.

Характерологические особенности личности суицидента: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, заниженная, лабильная или завышенная самооценка, низкая фрустрационная толерантность.

По тесту Личко " ПДО" определение неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным может служить прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации и, в следствие углубления конфликта, - риск развития саморазрушающего поведения. Риск социальной дезадаптации и развития саморазрушающего поведения зависит от уровня дисфункции личности: Акцентуация характера и крайние варианты нормы. Непсихотические расстройства личности. Психотические расстройства личности .

Типы саморазрушающего поведения:

Угроза для жизни,  
Ущерб для физического здоровья,  
Ущерб для духовного и нравственного развития,  
Ущерб для будущего социального статуса.

СУИЦИДООПАСНЫЕ ДЕПРЕССИИ.

Депрессии характеризуются следующими признаками:

- пониженное или печальное настроение;
- утомляемость или снижение активности;
- чувство вины или низкая самооценка;
- нарушения сна;
- трудности при сосредоточении;
- возбуждение или заторможенность движений или речи;

- раздражительность;
- утрата интересов или чувства удовольствия;
- расстройства аппетита;
- суицидальные мысли или действия.

Особенности суицидального поведения детей и подростков

Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.

Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на "второе рождение" характерно для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.). Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких; не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование. Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и рассказывая своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. "Метафизическая интоксикация", свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.

Кроме критерия осознанности намерения лишить себя жизни, для определения истинности покушения на самоубийство у взрослых анализируются способы реализации суицида и особенности поведения суицидента.

Анализируя суицидоопасные конфликтные ситуации, мы убедились, что для ребенка или подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако, некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства и, создавали ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождали чувство отчаяния и одиночества. Все это делало даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и особенно для подростка, что подчас недооценивалось окружающими взрослыми. Все это обуславливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте, что, в частности, подтверждается и статистически.

Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. У всех изученных нами лиц были обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти



черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создавали предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.

При изучении семей суицидентов в 95 % случаев обнаружился отягощенный семейный анамнез: хронический алкоголизм, которым страдали один или оба родителя; тяжелые характеропатии и личностные акцентуации родителей, создающие в семье обстановку напряжения; патология, наблюдающаяся у родственников и родителей, клинически очерченные депрессии и другие психозы, случаи самоубийства в семьях суицидентов.

Клинический анализ материала показал тесную связь нозологической принадлежности суицидоопасных состояний с возрастом суицидентов. Так, суицидальное поведение детей до 12 лет, как правило, служило признаком и выражением шизофренического процесса. Катамнестическое наблюдение выявило особую "злокачественность" процесса, дебют которого в детстве оформлялся суицидальным поведением.

В пресуицидальном периоде у подростков нами были выявлены различные варианты депрессивных состояний (как эндогенных, так и реактивных) и ситуационных реакций, как правило, на фоне подростковых акцентуаций характера.

Суицидоопасные депрессии протекают у подростков атипично, маскируясь симптомами сомато-вегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением, дисморфобическими симптомами и проявлениями метафизической интоксикации. Нозологическая принадлежность депрессий коррелирует с возрастом; с увеличением возраста суицидентов отмечается уменьшение удельного веса эндогенных депрессий и проявляется тенденция к преобладанию реактивных.

Депрессия проявляется по-разному, в зависимости от психологической акцентуации характера.

У гипертимного подростка – склонность к риску, пренебрежение опасностью.

У циклотимного – субдепрессия, аффекты, печаль отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.

У эмоционально-лабильных подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении "что-то с собой сделать". Другим фактором может служить желание "забыться". Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

Сенситивные подростки страдают от чувства собственной неполноценности – реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией.

Психастенические подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса.

Для детей с шизоидной акцентуацией характерно применение допингов.

Подросток с эпилептоидной акцентуацией, на фоне аффекта, может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего наносят порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений. Опьянения, нередко, протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Участники азартных игр. Максимум среди наркоманов и токсикоманов.

Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам.

Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий.

Конформный подросток может совершить суицид за компанию.

По прожективному тесту фрустрационной толерантности Розенцвейга, суицидоопасным, по нашим исследованиям, можно считать Эго-защитный и потребностно-настойчивый типы реагирования, причем с преобладанием экстрапунитивного направления (в манипулятивных суицидах), а также низкий уровень коэффициента групповой конформности (GCR).

Для психокоррекционной работы необходимо знать, не только уровень самооценки, но и уровень притязаний. Чем больше разрыв между ними, тем больше вероятности невротизации личности и возрастает риск социальной дезадаптации.

Тест Люшера, может использоваться как дополнительный метод для определения эмоционального состояния.

Коррекция:

Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса. Оказание подросткам социальной поддержки с помощью включения семьи, школы, друзей и т.д. может проводиться социально-психологический тренинг проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. Овладение навыками практического применения активной стратегии проблем, совершенствование поиска социальной поддержки, психологическая коррекция пассивной стратегии избегания, увеличение уровня самоконтроля, замена "значимых других", выработка мотивации на достижение успеха может быть основано на тренинге поведенческих навыков.

Психодиагностика суицидального риска по методикам Розенцвейга и Басса-Дарки

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у подростка, находящегося в кризисной ситуации. В связи с этим в условиях реадaptационного кризисного стационара была проведена исследовательская работа (41-44), по выявлению потенциальной взаимосвязи между суицидальным поведением и агрессивностью. В дополнении к результатам был учтен нарушения внутрисемейных отношений, жестокое обращение, позиция подростка в семье и в классе, характерологические особенности и тип акцентуации, риск депрессии у подростков совершивших суицидальную попытку и в контрольной группе. Контрольная и экспериментальная группы включали по 15 человек в возрасте от 13 до 17 лет. Критерием отбора служили: нарушения внутрисемейных отношений, расстройство адаптации, суицидальное поведение, для группы суицидентов - наличие суицидальной попытки в анамнезе, а для контрольной группы - высказывание суицидальных мыслей без их реализации.

Методы исследования:

1. Диагностическое интервью с семейным анамнезом.
2. Тест Личко "ПДО"
3. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга
4. Тест Басса-Дарки

Результаты исследования.

Из обследованных 30 семей только 4 полные по составу, в остальных есть отчим, или воспитывает детей мать одиночка. В группе суицидентов 5 человек

усыновлены родственниками. Семьи характеризуются как консервативные, авторитарные, оказывающие давление на подростка, при эмоционально холодном отношении к нему. Считается нормой физическое и эмоциональное наказание. Позиция подростков в семье отверженно-подчиненная. Все 30 обследуемых находятся в состоянии социальной дезадаптации. Обнаружились различия в личностном смысле суицидального поведения. Так в группе суицидентов у 13 человек присутствовала активная позиция, характеризующаяся как "протест-призыв", встречались такие высказывания: "хотела привлечь к себе внимание, показать свою нужность", у оставшихся 2 подростков - пассивная позиция избегания: "как бы заболеть". В контрольной группе смысл "избегания" был у 6 испытуемых. Остальные проявляли протестные реакции.

В анализе результатов по тесту Личко "ПДО" в двух группах не было различий в выраженности конформности, реакции эмансипации, риске дезадаптации. По типу акцентуаций распределение произошло следующим образом (см. Приложение Таблица 1): у суицидентов, в отличие от контрольной группы, преобладает лабильный, истероидный и эпилептоидно-истероидный типы акцентуаций.

По тесту Розенцвейга в первой группе выявлен "эго-защитный тип реакции" (!ED>!NP>OD!), с экстрапунитивным направлением (E>I>M), а общий паттерн (E>i>M), низкий уровень групповой конформности.

Следовательно, можно предположить, что испытуемые в ситуации фрустрации склонны проявлять агрессию на окружающих, степень агрессивности превышает возрастные нормы (Сумма E \ Сумма M = 2, при норме 1,8) с низкой переработкой агрессии (E/e = 4,7), что выше, чем в контрольной группе (E/e = 3,8). Самостоятельность в конфликте больше у подростков из контрольной группы (i/e = 2,8 > 1,6). У пациентов реакции сосредоточены на защите своего "Я", при этом не самостоятельны в конфликте, агрессия направлена на окружающих, возможно, присутствует психологический защитный механизм "проекции". Во второй группе, в ситуации фрустрации, преобладает потребительско-настойчивый тип реагирования (!!NP>!TD>!OD), фиксация на удовлетворении потребностей, направление совпадает с первой группой фрустрации (!E>!I>!M), общий паттерн (I>E(M" = E")). Хотя направление в двух группах совпадает, более агрессивны суициденты, т.к. в контрольной группе баллы по экстрапунитивному направлению ниже нормы, а по импунитивному и интрапунитивному направлению превышает нормы. Это подтверждается и тестом Басса-Дарки. В контрольной группе обнаружен "комплекс неврастения" (!I, !NP, !M, !E, !ED). Следовательно, аутоагрессивны, в большей степени, подростки, которые угрожают суицидом, но не выполняют своих намерений, и возможно у них есть риск развития психосоматических заболеваний.

В методах статистической обработки полученных результатов использовались вычисления коэффициента корреляции и коэффициента Стьюдента. Обнаружена статистически значимая обратная связь между группами по значениям E, ED, E" (p = - 0,88). Причем статистически достоверно не отличаются группы по реакции E" (см. Приложение Таблица 2; Таблица 3).

По методу Басса-Дарки способ выражения агрессии у суицидентов существенно не отличается. Только в контрольной группе второе место делят "физическая агрессия" и "раздражение". На первом месте стоит "вербальная агрессия", на третьем - "вина". По всем ведущим показателям баллы превышают в группе суицидентов (см. Приложение Таблица 4).

Таким образом можно заключить, что суициденты с преобладанием "протестных" реакций, более агрессивны чем подростки, которые только угрожают суицидом. Наблюдается наличие у суицидентов активно-агрессивной позиции личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию. Для подростков, имеющих неустойчивый тип акцентуации, находящихся в состоянии социальной дезадаптации и проявляющих "протестные" реакции, для диагностики суицидального риска будет целесообразно включить в тестовую батарею тест Розенцвейга и опросник Басса-Дарки.

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>