

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

НА ПРАВАХ РУКОПИСИ

УДК: 616.89-008.441.1:615.2/3.06-053.2

ХОНБАБАЕВА РАХИМА ХАМИДУЛЛАЕВНА

**Факторы риска суицидального поведения у подростков с
лекарственными отравлениями**

5A510116 – «Медицинская психология и психотерапия»

**ДИССЕРТАЦИЯ НАПИСАНА НА ПОЛУЧЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ
СТЕПЕНИ МАГИСТРА**

Научный руководитель:
Доцент Абдуллаева В.К.

Ташкент – 2013 год

АННОТАЦИЯ

Самоубийство является серьезной проблемой здравоохранения и социальной проблемой, и представляет собой существенную потерю для общества. Она является индикатором, как психического здоровья, так и социального благополучия населения.

По данным статистики в Узбекистане количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 30,1% от общего числа умерших от неестественных причин (РНЦЭМП, 2011). За каждым таким случаем стоит личная трагедия, катастрофа, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти. Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедии. Выявить основные факторы риска суицидального поведения у подростков с лекарственными отравлениями. Провести клиничко - патопсихологическое исследование подростков - парасуицидентов. Определить основные факторы, повышающие риск суицидального поведения у подростков. Всего было исследовано 30 подростков 12-18 лет с медикаментозным отравлением атропиноподобными веществами (соннат, димедрол) и 40 подростков аналогичного возраста, обучающихся в общеобразовательной школе. Основным методом исследования был клиничко-психопатологический. Также было проведено экспериментально-психологическое исследование по определению склонности к отклоняющему поведению (А.Н.Орел) и по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Результаты работы могут быть использованы в практическом здравоохранении, суицидологической службе, семейной психологии для предотвращения суицидальных попыток.

ABSTRACT

Suicide is a serious problem of health and social and represents a significant loss to society. It is an indicator of how mental health and social well-being of the population.

According of statistics in Uzbekistan, the number of children and adolescents who committed suicide is 30.1% of the total number of deaths from unnatural causes (RSCEMH, 2011). For each such case is a personal tragedy, disaster, despair, when the fear of life overcomes the fear of death. Study of the problem of suicide among young people shows that in many cases, young people decided to commit suicide in order to draw the attention of parents, teachers to their problems and protested against such a terrible way callousness, indifference, cynicism and cruelty of adults. Timely psychological support, good participation extended to adolescents in difficult circumstances, would have helped avoid the tragedy. Identify the major risk factors for suicidal behavior in adolescents with drug poisoning. Conduct clinical - pathopsychologically study teenagers – parasuicide. Identify the main factors that increase the risk of suicidal behavior in adolescents. There were studied 30 adolescents 12-18 years with drug atropine poisoning substances (sonnat, diphenhydramine) and 40 adolescents of the same age enrolled in secondary school. The main research method was clinical and psychopathological. Was also carried out an experimental study to determine the psychological addiction to deviant behavior (A.N. Orel) and Hospital School of Anxiety and Depression (HSAD).

The results can be use in public health practice, the suicidological service and family psychology to prevent suicide attempts.

АННОТАЦИЯ

Суикасд ҳолати- соғлиқни сақлаш тизимининг жиддий муаммоси бўлиб, жамиятга йирик йуқотишларни олиб келади. Бу эса, рухий саломатлик ва жамиятнинг ижтимоий ривожланишига тускинлик килади. Ўзбекистон республикаси статистикаси буйича, нотабиий сабаблар билан узига касд килган болалар ва усмирлар сони 30.1% улим билан яқунланган (РНЦЭМП, 2011). Хар бир суикасд ортида шахсий трагедия, офат, йуқотиш ва ноиложликлар ётади. Ёшлар орасида суикасд содир этилиши- бу ота –онани, укутувчини диккатини каратиш шу билан улар узларига булган хурматсизлик, беътиборлик, совукконлик, ота-онанинг каттиккуллигига жавоб реакция тарзида амалга оширишади. Уз вақтида курсатиладиган психологик куллаб-кувватлаш, усмирларни кийин хаётий вазиятларидан чикиб кетишига ёрдам беради. Вазифамиз доридан захарланишнинг асосий омилларини аниклашдан иборат. Парасуицидент усмирларни клиник-патопсихологик текширув утказилади. Усмирларни суицидал холатларга мойиллигини асосий омилларини аникланади. 12-18 ёшдаги усмирлардан атропин гурухига кирувчи дори воситаларидан(соннат, димедрол) захарланган 30 нафар усмир ва айни шу ёшдаги 40 нафар умумтаълим мактабда тахсил олувчи усмирлар текширилади. Асосий текширув усули клиник-психопатологик. Шу билан безовталиқ ва тушкунликни аникловчи шкала (Хэдс) ва (А.Н. Орел)нинг хулқ-атвор бузулишини аникловчи методикадан фойдаланилди. Барча урганилган текширувлар суицидологик хизматда, оилавий психология, соғлиқни сақлаш тизимида, суицидал холатларни олдини олишда кулланилиши мумкин.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
Введение	4
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	6
1.1. И.А.Каримов «Узбекистан на пороге обретения Независимости».....	6
1.2. Суицидальное поведение: психологические аспекты	10
Выводы к главе I	31
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
2.1. Клиническая характеристика групп обследуемых пациентов	32
2.2. Методы исследования	33
Выводы к главе II	38
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	39
3.1. Факторы повышающие риск суицидального поведения у подростков....	39
3.2. Исследование аффективных нарушений у подростков с помощью шкалы тревоги и депрессии (HADS).....	47
3.3. Исследование склонности к отклоняющему поведению.	55
Выводы к главе III	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ВЫВОДЫ	63
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	64
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ	65
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	66

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии

МКБ – 10 – международная классификация болезней

Введение

Актуальность. Самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода. Самоубийство является сегодня одной из основных проблем общественного здравоохранения. Актуальность изучения факторов риска суицидального поведения у подростков обусловлено значительным ростом их числа за последние 5 лет. Пик суицидной активности (насильственного прекращения жизни) приходится на старший подростковый возраст (14 — 16 лет).

Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением - семьей, родителями, друзьями. Но главным звеном является сам человек, от силы его личности зависит, как поведет он себя в кризисном психическом состоянии, какой выбор сделает, столкнувшись с трудностями приспособления к сложным жизненным ситуациям, и не сдастся ли он под влиянием длительных травмирующих психику обстоятельств. Особой проблемой является омолаживание суицидентов (12 – 18 лет).

В этом возрасте суицидальные намерения становятся типичной реакцией подростков на кризисные ситуации. Подростки не умеют понимать и выражать свои чувства, объяснять свои переживания, гипертрофируют проблемы и события. Подростки-девушки склонны к демонстративным (ложным) суицидальным актам. Подростки становятся импульсивными, агрессивными, и это приводит их к апатии, депрессии, склонности к уединению и отчуждению.

Цель исследования - Выявить основные факторы риска суицидального поведения у подростков с лекарственными отравлениями.

Задачи исследования:

1. Провести клинико - патопсихологическое исследование подростков - парасуицидентов.

2. Определить основные факторы, повышающие риск суицидального поведения у подростков.

Материал и методы исследования

Всего было исследовано 30 подростков 12-18 лет с медикаментозным отравлением атропиноподобными веществами (соннат, димедрол) и 40 подростков аналогичного возраста, обучающихся в общеобразовательной школе.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Также было проведено экспериментально-психологическое исследование по определению склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) и по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Основные положения, выносимые на защиту магистерской диссертации

1. Формирование депрессивного синдрома и склонности к саморазрушению формирует суицидное поведение.

2. Стрессовые ситуации актуализируют индивидуально окрашенные сверх ценные переживания (индивидуальные смыслы), которые могут носить характер суицидального поведения.

3. Актуализация формирования суицидального поведения может быть выявлена с помощью оценки выраженности симптомов психопатологического и поведенческого круга.

Научная новизна.

Впервые проведено комплексное клинико – психопатологическое и катамнестическое исследование подростков парасуицидентов. Детально изучен депрессивный синдром у каждого испытуемого и с помощью стандартизированной шкалы по определению склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) определена причина формирования суицидальной попытки.

Практическая значимость.

Результаты работы могут быть использованы в практическом здравоохранении, суицидологической службе, семейной психологии для предотвращения суицидальных попыток и повторных попыток. Улучшить у подростков адаптацию к жизни в кризисных возрастах.

Личный вклад автора.

Магистром самостоятельно осуществлялся набор пациентов, анкетирование, психологическое обследование, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учетных форм и клинических карт. Автором расшифрованы данные, полученные в ходе тестирования, проанализированы и обобщены результаты исследования.

Опубликованность результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 10 тезисов.

Апробация диссертации.

Материалы диссертации доложены на семинаре, проводившемся для врачей, студентов магистратуры, клинических ординаторов на базе Городской Психиатрической больницы 29 апреля 2013 года.

Структура и объем магистерской диссертации

Диссертация изложена на 70 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и содержит 14 рисунков и 1 таблицу. Библиографический указатель включает русскоязычных и иностранных источников литературы.

ГЛАВА I.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. И.А. Каримов «Здоровое поколение – решающая сила нашего будущего».

Мечта о здоровом поколении была унаследована от предков и всегда жила в нашем сознании. Прежде чем женить сына, родители узнавали о родословной невесты до седьмого колена. Они прекрасно понимали, что здоровье ребенка, возможность его гармоничного развития во многом зависят от здоровья будущей матери.

Формировавшиеся на протяжении веков национальные устои возрождены благодаря независимости. Под руководством Президента Ислама Каримова с первых лет независимости формирование здорового, гармонично развитого поколения было поднято на уровень государственной политики.

На состоявшемся 25 февраля 2011 года в резиденции Оксарой очередном заседании Попечительского совета Фонда развития детского спорта Узбекистана Президент Ислам Каримов, затрагивая вопрос привлечения девочек к спорту, отметил: «Важно, что занимающаяся сегодня спортом девочка завтра станет матерью, будет прививать любовь к спорту и своим детям».

По инициативе руководителя государства концепция «Здоровая мать – здоровый ребенок» получила всестороннее развитие. Популяризируется спорт, в том числе детский и женский, и работа в этом направлении проводится прежде всего на основе этого критерия. Широко используются накопленный жизненный опыт, разработанные научные рекомендации. В основе этого лежит цель, рассчитанная не на пять-десять лет, а на века. И эта цель – рождение и воспитание здорового ребенка, в конечном счете – улучшение генофонда нации.

За прошедшие годы разработаны и реализованы масштабные мероприятия. Построено и оснащено современным медицинским

оборудованием множество диагностических, скрининговых и перинатальных центров, родильных домов.

Женщина – это прежде всего мать. С рождением ребенка природой на нее возлагается важная миссия – сохранять и передавать последующим поколениям наследственные признаки. Художественная гимнастика – это весьма полезный для девушек вид спорта. Занятие им способствует развитию опорно-двигательной системы, пропорциональному росту организма девочки.

Главное, в этом виде спорта большое внимание уделяется воспитанию художественного вкуса. Гармония физических упражнений и музыки обогащает духовный мир человека. Как отмечал Президент Ислам Каримов, «спорт закаливает тело, укрепляет волю, музыка очищает душу, воодушевляет. Спорт – это культура. Еще лучше, если спортсмен хорошо разбирается в музыке, если музыкант занимается спортом».

Ныне молодежь всей страны, даже в самых отдаленных кишлаках, имеет возможность заниматься всеми видами спорта, девочки – художественной гимнастикой. В 2010 году по программе строительства, реконструкции и капитального ремонта объектов детского спорта и плавательных бассейнов в эксплуатацию были сданы 95 объектов, из них 61 – в сельской местности.

Самое важное – увеличивается число сельской молодежи, занимающейся спортом в оснащенных по мировым стандартам современных спортивных комплексах. В частности, уровень посещающих объекты детского спорта вырос с 29,2 процента в 2008 году до 34,5 процента в настоящее время, среди девочек – с 24,1 до 30,9 процента.

В результате создания в областях территориальных федераций и центров по гимнастике у девочек расширились возможности для занятий спортом. Это подтверждает и тот факт, что за последние два года число девочек, занимающихся художественной гимнастикой, увеличилось в три раза. Следовательно, коренным образом изменились взгляды на спорт, в

частности, женский. Родители осознали, что любовь детей к спорту станет основой для достижения ими больших целей.

Конечно, не все дети, занимающиеся сейчас спортом, станут чемпионами. Но закаленный физическими упражнениями ребенок вырастет человеком сильным и смелым, способным преодолеть любые испытания и трудности. Как сказал Президент, «занятия спортом с раннего возраста закаливают характер ребенка, посредством участия в соревнованиях у него формируются такие качества, как стойкость и мужество, стремление к победе, прежде всего побеждать себя, и создается почва для крепкой воли»[1].

1.2. Суицидальное поведение: психологические аспекты

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. Высокий уровень самоубийств в большинстве развитых стран мира и районах СНГ ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и способах его превенции (предупреждения). Рассмотрение суицидального поведения лишь как объекта медико-психологических и юридических наук неизбежно ограничивает возможность до конца понять все многообразие негативных факторов, лежащих в основе этого явления. Обычно в расчет берутся лишь индивидуальные поведенческие реакции индивида на те или иные жизненные обстоятельства[7,24].

С XIX в. феномен суицида привлек внимание представителей целого ряда смежных наук (социологии, этнографии, психологии, психиатрии и т. д.). Один из первых крупных трудов по суицидологии – знаменитая монография Э. Дюркгейма «Самоубийство» [1897] был одновременно и одним из первых значительнейших вкладов в социальную психологию. За множественностью и разнообразием мотивов самоубийств автор усмотрел действие единых социальных факторов, среди которых на первое место была выдвинута «аномия» – термин, которым Э. Дюркгейм обозначил сложный комплекс извращенных взаимоотношений индивида с обществом:

обезличенность государственной машины, отсутствие непосредственных связей между устремлениями социума и личности, падение идеалов, одиночество, опустошенность, бесцельность существования[24,48].

Основные выводы Э. Дюркгейма в разнообразных вариациях прямо или косвенно подтверждались и иллюстрировались последующими исследованиями, вплоть до самого последнего времени, в то время как рост самоубийств продолжался и продолжается по восходящей кривой. Вместе с тем стала очевидной необходимость разграничения и последующего синтеза уровней исследования. «В совокупном росте самоубийств виновато общество, в каждом отдельном случае – сам индивид», – писал по этому поводу американский социолог Т. Парсонс. «Если индивид не может приспособиться к обществу, то у него остается еще возможность приспособиться к конфликту между собой и обществом; если же нет и этой возможности, то либо общество устраняет индивида, либо индивид устраняется сам», – писал другой теоретик Дж. Вудс. Самоубийство – это последний из доступных индивиду способов ликвидации разлада со средой и с самим собой [5,7,10,19,29,33].

Новый толчок исследованиям в области суицидологии дала эпидемия самоубийств, разразившаяся в России в начале прошлого века. Так, Ф. К. Тереховко [53,58,59] отмечал, что профилактика самоубийств должна быть связана с ранним воспитанием «сильных и здоровых людей со здоровой волей и характером». По мнению В. А. Бернацкого [1,11,19,28,32], среди суицидентов больше всего здоровых; в военных школах же более выражена тенденция к самоубийству, чем в гражданских. При этом исследователем предлагалась профилактика этого явления, заключающаяся в борьбе с одиночеством, воспитании воли, характера, укреплении религиозности, борьбе с половой распущенностью.

К мнению, согласно которому большинство самоубийств совершается психически здоровыми людьми (хотя удельный вес лиц с психической патологией очень велик), присоединялись в это время также С. С. Корсаков,

И. А. Сикорский, Н. И. Баженов, С. А. Суханов, В. Ф. Чиж, Ф. В. Рыбаков и др. Представители антропологической же школы (П. М. Минаков, И. И. Нейдинг, А. И. Крюков и др.) утверждали, что самоубийство связано со строением черепа. Г. И. Гордон [7,39,43,51] считал, что причины самоубийств кроются не во внешних обстоятельствах, а во внутренних настроениях и переживаниях, а М. Я. Феноменов [3,56,58,59] эпидемию самоубийств видел в процессе роста страны, создания новых форм жизни. А. М. Коровин [8,9,11,16,19] отмечал, что одна из главных причин распространения самоубийств – чрезмерное употребление водки, другая – урбанизация.

Однако это было лишь рождение суицидологии в России. В XX в. вошел в обиход термин «суицидология», которым обозначалась специальная дисциплина с соответствующим предметом исследования. Но и сегодня, несмотря на признание мультидисциплинарного характера суицидологии, можно говорить скорее о внешнем союзе различных специальностей, объединенных необходимостью решения практической проблемы, чем об органически развивающейся целостной науке с единым концептуальным аппаратом. О современном состоянии этой области знания и пойдет речь в настоящей работе.

Самоубийство, или суицид (лат. *sui* – себя, *caedere* — убивать), – это осознанное лишение себя жизни.

Суицидальное поведение – понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно– установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К суицидальным проявлениям относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни [17,25,32,38].

Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако E. Ravndal, P. Vaglum (1999) относят завершённый и незавершённый суицид к различным, относительно самостоятельным феноменам («две различные психологические популяции»), исходя из того, что в ряде случаев покушения и попытки носят шантажный характер при отсутствии реального умысла ухода из жизни.

В самом широком смысле самоубийство – вид саморазрушительного, аутодеструктивного поведения (наряду с пьянством, курением, потреблением наркотиков, а также переизбытком). По терминологии западной суицидологии [21,22,23,27], «косвенное самоубийство» (indirect suicide) включает злоупотребление алкоголем, наркотиками, обжорство и «спорт высокого риска». E. Shneidman [35,38,39] предпочитает называть такие случаи «ненамеренной смертью» (subintentioned death).

В более узком, медико-биологическом смысле самоубийство означает вид насильственной смерти с указанием ее причины [40,41,42,47].

Одно из наиболее ранних научных определений самоубийства можно обнаружить у Э. Дюркгейма [31,42,49]: «Самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах». В этом определении подчеркивается, что суицид акт осознанный, и он совершается самим суицидентом [1,2,3,17].

Некоторые авторы [5,7,9,10,15,19,21,25] отличают от суицида парасуицид (или «квазисуицидальные попытки», или «не суицидальные попытки»). К парасуициду относят самоповреждения, самокалечение, суицидальные попытки [7,8,15,23,31,38,39], а также поведение, ослабляющее, ранящее, наказывающее самого себя [5,9,15,19,26].

Самоубийство – весьма сложный, многоаспектный (философский, социальный, психологический, нравственный, юридический, религиозный, культурный, медицинский и пр.) междисциплинарный феномен. Сложность, многогранность феномена самоубийства, а также нередкое смешение индивидуального и социального уровней суицидальных проявлений обуславливают разнообразие подходов к их объяснению [5,8,39,48,56,59].

Несмотря на то, что на протяжении веков ученые стремились дать теоретическое обоснование суицидальному поведению, в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств. Среди множества концепций выделяются четыре основные: биологическая, психопатологическая, психологическая и социальная [5,8,61,69,70].

1. Биологическая концепция исходит из инстинктивной природы самоуничтожения [36,45,49,50], эволюционного характера самоубийства как «приспособительного» (хотя и не адаптивного) механизма освобождения от неполноценных, болезненных особей [1,6,59], элемента естественного отбора [7,8,10,26,33]. Или же результата биохимической депрессии [5,12,35,39]. Близки биологическим антропологические или «конституциональные» воззрения, усматривающие основу суицидального поведения в конституциональных (физиологических, биохимических) или же характерологических особенностях индивида [2,36,39].

2. Психопатологическая концепция исходит из положения о том, что все самоубийцы – душевнобольные люди, а суицидальные действия – проявления острых или хронических психических расстройств.

Предпринималась даже попытка выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу (suicidomania), а сама проблема изучалась специфическими для медицины методами, т. е. с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы физиотерапевтического и медикаментозного лечения суицидомании (кровопускания, слабительные, желчегонные средства, холодные влажные обертывания и т. д.).

На современном этапе развития психологической науки психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи и сейчас считают, что суицидальные действия представляют собой одну из форм проявлений психических заболеваний.

3. Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы (от фрейдовского «танатоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации). Фрейд рассматривал самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и как частный случай – аутоагрессией. Сторонники этой концепции считают, что самоубийство – это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение правильности своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение самоубийств во время войн.

По мнению известного финского суицидолога Achte (1999), суицид может носить характер любовного влечения, когда лицо, совершающее самоубийство, надеется путем смерти воссоединиться с любимой или с родственниками, по которым скучает. Такие лица, по мнению Achte, уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочувствие, на которые тщетно надеялись при жизни, и смерть для них представляется привлекательной. Особенно это касается суицидальных намерений. В своих суицидальных фантазиях такие лица созерцают собственные похороны, наслаждаются признанием в любви и раскаянием близких и родственников.

Французский психиатр и суицидолог Gouran (1989) обнаружил существование прямой зависимости между суицидальным поведением и «страстной влюбленностью». При этом суицидальное поведение, по мнению автора, является своеобразной попыткой стать «хозяином положения» и может временно снять напряжение, вызванное тяжелым кризисным состоянием.

С точки зрения G. Zilboorg (1937), каждый суицидальный акт выражает не только бессознательную враждебность, но также необычайный дефицит способности любить других. R. Litman (1970), исследуя развитие фрейдизма в суицидологическом аспекте, подчеркивает понимание суицида как враждебности, а также называет наиболее значимые эмоциональные состояния как специфические, преддиспозиционные условия самоубийства: гнев, чувство вины, тревога, зависимость.

Большинство советских исследователей, не снижая роли психологических факторов в формировании суицидального поведения, тем не менее не считают их ведущими и рассматривают в совокупности с социальными и биологическими. Большой интерес в этом направлении исследований представляют работы, в которых преморбидные особенности личности рассматриваются как один из предиспонирующих факторов, позволяющих прогнозировать суицидальное поведение.

Так, У. П. Короленко, А. Л. Галин выделяют следующие психологические особенности суицидентов: преобладание формально-логического типа мышления, чувствительность аффективной сферы и недостаточность активного воображения. Как считают авторы, мышление большинства суицидентов больше соответствует законам формальной логики; мышление же лиц, у которых во фрустрирующих ситуациях не возникает суицидальных тенденций, приближается к мышлению, протекающему по законам логики диалектической. Субъективная однозначность интерпретации внешних объектов, характерная для суицидентов, объясняется преобладанием формально-логического типа мышления и выраженным влиянием на интеллект аффективной сферы. В то же время недостаточно развитое воображение делает фрустрацию неожиданной, затрудняет возможность прогнозировать последствия своих действий, снижает эффективность психологических защитных механизмов и делает суицидальную попытку более вероятной.

Н. В. Конончук, В. К. Мягер выделяют три основных свойства, характеризующих личность суицидента: повышенная напряженность потребностей, выражающаяся в необходимости непрямого достижения поставленной цели; повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, когда собственное Я растворяется и воспринимается лишь в паре, а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях; низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

А. Г. Амбрумова, рассматривая роль личности в проблеме суицида, отмечает, что суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую. Исходя из этого положения и обосновывая его практическую значимость, автор выделяет несколько типов адаптированности личности.

1) Интегрированный тип. Представители этого типа не отдают предпочтения ни профессиональной, ни интимной сфере. Спокойны и уравновешены, терпимы и внимательны, привычки, потребности определены, устойчивы. Проблемы подчинения и руководства принимают. Это, как правило, специалисты высокого или среднего класса. Этот тип не суицидоопасен.

2) Компенсаторно-адаптированный тип. Для этого типа характерно резкое предпочтение либо профессиональной, либо интимной сфере. При этом более «сильная» компенсирует более «слабую». Описываемый тип личности суицидоопасен в кризисные периоды (особенно в 18–25, 50 и 60 лет).

3) Дискордантно-адаптированный тип. Различий в значимости сфер нет. Если в одной из них недостаточно социализации, то другая не может ее компенсировать, а, напротив, дезорганизует ее еще больше. Потребности в этой сфере фрустрируются. Каждый провал переживается очень болезненно, что, в свою очередь, расшатывает адаптацию. Человек либо уходит в одну сферу, либо принимает характер «маятника». Рассмотренный тип личности очень суицидоопасен.

4) Ригидно-конформный тип. Представители этого типа формальны. Высшая ценность для них – собственный статус и самоутверждение. Самооценка завышена. Тяжело переносят смену стереотипов. Этот тип суицидоопасен лишь при крахе карьеры (суицид в этом случае продуман).

5) Ограниченно-конформный тип. Для этого типа характерна личность, имеющая твердо усвоенный набор правил, установок (скорее важна форма, а не содержание). Отсутствуют установки на самостоятельное принятие решений. Представители рассматриваемого типа дисциплинированы, подчиняемы, часто ипохондричны, в стрессе теряются, у них снижается настроение. Чувствительны к перегрузкам и переменам стереотипов. В эти моменты их поведение суицидоопасно, хотя риск суицида не высок.

б) Тип социально ведомых, среди которых выделяются социально одобряемые и социально порицаемые. Правила не представляют для них ценности, хотя иногда служат средством достижения личного благополучия. Для них характерны недостаточная волевая активность, отсутствие самолюбия. С ранних периодов развития такие люди приобретают себе ведущего, на которого перекладывают ответственность за все решения, копируют его социальный облик. Такой тип суицидоопасен при потере ведущего или его резкой смене.

7) Тип патологически дезадаптированных. Дефекты социализации у этих лиц изначальны вследствие психической патологии.

4. Социологическая концепция исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль. Специалисты ВОЗ обратили внимание на тот заслуживающий интереса факт, что рост самоубийств в странах, вступающих на путь экономического и социального развития, прямо пропорционален темпам экономического развития этих стран. Однако влияние социальных и экономических факторов на возникновение суицида

носит, как правило, косвенный характер. Современное состояние культуры предполагает постоянное принудительное общение с огромной массой людей, которое обезличивает конкретного человека и впоследствии порождает конфликты. Вспоминается по этому поводу известная фраза Конрада Лоренца: «Степень отчужденности людей прямо пропорциональна плотности населения».

Основатель и ярчайший представитель социологического подхода к анализу суицидального поведения Э. Дюркгейм разделил самоубийства на три основные категории [54,59,60,68,70]. Альтруистическое самоубийство – это своеобразный акт принесения своей жизни в жертву ради блага своей социальной группы – семьи, друзей, единомышленников и т. д. Эгоистическое самоубийство характерно для людей, утративших чувство единства со своей социальной группой и, таким образом, больше не ощущающих себя подвластными социальному, семейному и религиозному контролю с ее стороны. Аномическое самоубийство (от франц. *anomie* – отсутствие закона, организации) наблюдается среди живущих в обществе, где недостает «коллективного порядка», поскольку оно находится в стадии коренных социальных перемен или переживает политический кризис. В целом это социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние общественного и индивидуального сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, изоляцией человека от общества, его разочарованностью в жизни, противоречием между провозглашаемыми ценностями и невозможностью их реализации.

Взгляды Э. Дюркгейма были очень популярны, а его концепция оказала значительное воздействие на развитие теорий современной суицидологии, хотя сегодня и представляется очевидным, что он переоценивал роль социальных факторов, не уделяя должного внимания индивидуальным причинам. Многими современными исследователями среди социальных факторов на первый план выдвигается социальная изоляция, поскольку среди

самоубийц гораздо чаще, чем среди населения в целом, встречаются разведенные, безработные или одинокие.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что, будучи микросоциально обусловленными, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения. В большинстве случаев в подростковом возрасте речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальной техники для достижения той или иной не суицидальной цели. Выше изложенное, однако, не снижает потенциальной опасности таких действий.

Е. Шир выделяет следующие типы суицидальных действий:

- неодолимое – характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента. Аутоагрессия имеет место при измененном состоянии сознания, психотических состояниях, в том числе у лиц с органическими поражениями головного мозга;
- преднамеренное – отличается тем, что такого рода суицид тщательно и расчетливо планируется в отношении времени, места и способа совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;
- импульсивное – характеризуется внезапностью;
- амбивалентное – в этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность в отношении способа самоубийства. Именно для этого типа суицидальных действий характерны суицидальные попытки с последующим криком «Помогите!»;
- демонстративное – это, как правило, реакция на психотравмирующую ситуацию. Поэтому суицид нередко совершается в присутствии конфликтогенного лица.

Руководствуясь диагностическими целями, было выделено несколько типов личности повышенного суицидального риска. Так, Е. М. Вроно и

А. Г. Амбрумова, исследуя личностные особенности подростков с суицидальным поведением, пришли к выводу, что для большинства из них характерна импульсивность, которая проявляется в неспособности обдумывать сколько-нибудь продолжительное время принятые решения, прогнозировать последствия поступков. Подросткам-суицидентам свойственна эмоциональная неустойчивость, чем и объясняется большое количество конфликтных ситуаций, часто заканчивающихся суицидальными действиями. Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличались повышенной внушаемостью, а также некоторой несамостоятельностью мышления, зависимостью от мнения окружающих, стремлением строить свое поведение по образу героев книг, фильмов и т. д.

На основании анализа характера поведения суицидентов выделяется несколько типов личности повышенного суицидального риска.

1. Эмоциональный тип. Для него характерна чрезвычайная эмоциональная подвижность и быстрая смена настроения. Он слабо защищен от воздействий раздражителей негативного плана. Откровенный и простодушный. Склонен к сопереживаниям. Очень привязан к близким. Неудачи, конфликты, утрата близкого человека могут послужить для него причиной, побуждающей к самоубийству.

2. Депрессивный тип. Резко выраженное чувство собственной ущербности, робость, застенчивость. Страдает от любой грубости, часто находится в подавленном настроении, недоверчив к окружающим, подозрителен. Ему постоянно кажется, что окружающие его презирают. Пассивен, часто жалуется на усталость. Грубое обращение с таким человеком, укор, упрек на глазах у окружающих в пресуицидальный период могут спровоцировать самоубийство.

3. Агрессивный тип. Не умеет и не хочет подчиняться. Неуживчив в коллективе. Буквально взрывается по каждому пустяку. Вспышки гнева ведут к необузданной ярости. При особых обстоятельствах, когда цели кажутся недостижимыми, агрессивность направляет на самого себя.

4. Истерический тип. Постоянно приковывает к себе внимание, стремится быть в центре всех событий. Способен на неординарные поступки. Все его поведение рассчитано на эффект. Могут быть припадки, обмороки. Не терпит неприязни со стороны окружающих. Если ее обнаруживает, способен на шантажные суицидальные попытки.

Суицидальное поведение на разных этапах онтогенетического развития имеет свои особенности. Самоубийство во всем мире имеет подвижные возрастные пики, но при сравнительной статистике выделяются два основных: «пик» молодости – от 15 до 23 лет и «пик» инволюции – после 40 лет. Наибольшим своеобразием, как показывают опыт и данные многочисленных исследований, характеризуются детско-подростковый и инволюционный периоды жизни человека.

Детско-подростковый этап онтогенеза. Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны. Суицидальные тенденции после попытки сохраняются у 60 % суицидентов.

Отличительной особенностью детского возраста, по мнению Е. Шир (1998), является отсутствие страха смерти ввиду несформированности самого понятия смерти. По мнению большинства исследователей [52,61,68,69], концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11–14 годам. Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения: иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеет отягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания – гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще всего

связаны с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения.

Исследование Могилевского областного социологического центра, проведенное весной 1997 г. [4,23,33,51], показало следующее. Если среди взрослых суицидентов со значительным перевесом (1/3) преобладают мужчины, то в подростковой среде – ситуация обратная: среди девочек выявилось почти в 2,5 раза больше потенциальных самоубийц, чем среди мальчиков того же возраста (3,9 % против 1,6 %). Дело здесь, по-видимому, не в половых различиях, а в опережающем развитии девочек в этом возрастном диапазоне. Влияние возрастного фактора на суицидальный синдром достаточно явно прослеживается в следующих данных опроса: влечению к смерти в острой форме подвержены 1,3 % 10—11-летних подростков, 1,9 % – в возрасте 12—13 лет, 2,7 % – 14—15-летних и 4,5 % – в возрасте от 16 до 18 лет. Объяснение этого феномена кроется в «пересоциализации» личности с детской модели взаимоотношений с окружающим социальным миром на взрослую, более ответственную модель поведения. Девочки же, раньше взрослея, острее чувствуют на себе этот процесс.

В генезе суицидального поведения в подростковом возрасте существенно влияние семейного фактора. Отец и мать, по данным исследования, являются идеалом лишь у 21 % «проблемных» подростков, в группе «нормальных» мальчиков и девочек этот показатель составляет 41 % (для отца) и 56 % (для матери). Наибольшим доверием у подростков пользуются мамы (77 % всех опрошенных мальчиков и девочек). Однако чем сильнее у подростка выражен суицидальный синдром, тем реже он доверит свои тревоги даже матери, еще реже отцу (23–29 %). Потеря доверительной связи с родителями – вот один из сильнейших стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о самоубийстве мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям. Хорошие взаимоотношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1 %, наоборот, постоянные ссоры

ведут к увеличению этого риска до 18 %. Но болезненнее всего дети воспринимают даже не конфликты с родителями, а их холодное безразличие к себе. Смертельный холод одиночества чувствуется в ответах 17 % маленьких людей, когда они говорят, что в тяжелые минуты своей жизни они не хотят (или не могут) обратиться за помощью ни к кому. Нет, стало быть, среди десятков окружающих людей – родных, близких, приятелей и учителей – ни единого человека, с кем маленький человек смог бы разделить свою большую боль, облегчить душу, получить лечебное сочувствие или полезный совет.

Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Суицидоопасна в этом возрасте и скрытая депрессия. По мнению многих исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет ее диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Основные мотивы суицидального поведения детей:

- 32 % – обида;
- 30 % – протест;
- 38 % – одиночество, стыд, недовольство собой.

Соотношение попыток и смертей у подростков – 50: 1. Соотношение суицидальных попыток девочек и мальчиков – 2,5: 1. Среди демонстрационных попыток это соотношение составляет 4,3: 1. До 19 лет среди суицидентов больше девочек. Состояние подростков, совершивших суицидальную попытку, определяется «следами» пережитой психотравмирующей ситуации, динамикой психического состояния после

суицида, особенностями личностно-характерологического реагирования, дополнительными переживаниями, связанными с суицидальной попыткой и соматическими последствиями попытки, семейным микроклиматом и обстановкой в окружающей среде.

А. Е. Личко (1999) и В. Т. Кондратенко (1997) указывают на определенную связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По мнению А. Е. Личко, при демонстративном суицидальном поведении 50 % подростков имели истероидный, истероидно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы, 32 % – эпилептоидный и эпилептоидно-истероидный и лишь 18 % – другие типы акцентуаций характера. В то же время суицидальные покушения в большинстве случаев совершались лицами с сенситивным (63 %) и циклоидным (25 %) типами акцентуации.

По данным В. Т. Кондратенко (1997), примерно 30 % подростков, покончивших с собой и покушавшихся на самоубийство, имели шизоидные черты характера. Суицидальные действия, совершаемые психастениками, по мнению автора, заранее продуманы и не рассчитаны на зрителя, как и суицидальные действия сенситивных подростков, которые часто бывают полной неожиданностью для окружающих. Истероидные подростки чаще других используют поверхностные порезы вен, отравление малоядовитыми лекарствами. Обычно они пишут предсмертные записки с указанием места и времени самоубийства, а также условий, на которых он согласен остаться жить. Суицидальное поведение для неустойчивых подростков нетипично, но иногда они могут совершить самоубийство под влиянием сильной личности, за компанию. Эмоционально-лабильный тип характеризуется внезапностью возникновения и реализации суицидальных мыслей, хотя чаще всего эти попытки самоубийства носят «несерьезный», демонстративный характер. Для гипертимных подростков суицидальное поведение нетипично. По мнению А. А. Султанова (2001), также такие особенности личности суицидентов, как сензитивность, эмоциональная неустойчивость, возбудимость, достигавшие у некоторых из них уровня акцентуации, формировали в сочетании с другими

факторами особую predisposition личности, способствующую повышению суицидального риска.

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста [4,8,19,26]

1. Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания. В анамнезе – жесткое авторитарное воспитание.

2. Эксплозивная реакция (чаще средний подростковый возраст). Характерны: аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе – воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Цель суицидальных действий в этом случае – стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.

3. Реакция самоустранения (средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости). Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Цель суицидальных действий в этом случае – уход от трудностей.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в специфике суицидальных действий, среди которых выделяются следующие:

1. Самоповреждения. Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии. В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего – эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние

во время самоповреждений – злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

2. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные и возбудимые типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей – нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация подобным образом не разрешается – возможен повтор.

3. Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате-демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5—6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

4. Суициды с мотивацией самоустранения. Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм, а также

несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастение. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде – страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. В описанных типах 1–4 агрессивный компонент уменьшается. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них – скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов. Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего – конфликты со сверстниками и в школе. Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

Таким образом, диагностика суицидального поведения должна основываться на точной оценке степени желаемости смерти. Например, самопорезы бритвой в области предплечья могут быть отнесены:

а) к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери;

б) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было продемонстрировать окружающим намерение умереть;

в) к самоповреждениям, если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль или усилить состояние наркотического опьянения путем кровопотери;

г) к несчастным случаям, если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Н.В. Конанчук, В.К. Мягер выделили три основных свойства, характерных для суицидента :

1) повышенная напряженность потребностей;

2) повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений;

3) низкая фрустрационная толерантность и слабая способность к компенсациям.

Суммируя данные, полученные различными авторами, можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента . Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению. Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем. Стоит подчеркнуть, что приведенный портрет прямо противоположен характеристике антисоциальной личности.

Обзор теорий, проливающих свет на детерминацию и характер суицидального поведения, позволяет сделать вывод о сложности, полиэтиологичности данного явления. Тем не менее можно выделить некоторые факторы риска суицидального поведения личности:

- предшествующие попытки суицида (данного человека);
- семейная история суицида;
- кризисная ситуация (неизлечимая болезнь, смерть близкого человека, безработица и финансовые проблемы, развод);

- семейный фактор (депрессивность родителей, детские травмы, хронические конфликты, дисгармоническое воспитание);
- эмоциональные нарушения (прежде всего депрессия);
- психические заболевания (алкоголизм, наркомания, шизофрения);
- социальное моделирование (демонстрация суицида СМИ, их изображение в литературных произведениях — «эффект Вертера»).

Кроме того, выделяются следующие группы риска: молодежь, пожилые люди, сексуальные меньшинства, военнослужащие, ветераны войн и военных конфликтов, врачи и представители некоторых других профессий. [51,54,60,75]

Стрессовые ситуации актуализируют индивидуально окрашенные сверх ценные переживания (индивидуальные смыслы), которые могут носить как устойчиво-личностный, так и ситуационный характер. А. Г. Амбрумова выделила шесть типов непатологических реакций у взрослых людей с суицидальным поведением:

- эмоциональный дисбаланс (наличие негативных аффектов);
- пессимизм (все плохо, ситуация не имеет выхода, в будущем нет ничего хорошего);
- отрицательный баланс (рациональное сверхкритичное «подведение жизненных итогов»);
- демобилизация (отказ от контактов и деятельности из-за чувства одиночества и отверженности);
- оппозиция (агрессивная позиция с обвинениями в адрес окружающих, переходящая в аутоагрессивную, чаще демонстративную);
- дезорганизация (состояние тревоги с выраженными соматовегетативными нарушениями).

Выводы к главе I.

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. Высокий уровень самоубийств в большинстве развитых стран мира и районах СНГ ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и способах его превенции (предупреждения). Самоубийство, или суицид (лат. *sui* – себя, *caedere* — убивать), – это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

На основании вышеизложенных данных можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента . Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению.

Изучение факторов риска суицидального поведения у подростков обусловлена значительным ростом их числа за последние 5 лет. Пик суицидной активности (насильственного прекращения жизни) приходится на старший подростковый возраст (14 — 16 лет).

Непосредственные причины, толкнувшие человека на отказ от жизни, как правило, тесно связаны с его ближайшим окружением - семьей, родителями, друзьями. Но главным звеном является сам человек, от силы его личности зависит, как поведет он себя в кризисном психическом состоянии, какой выбор сделает, столкнувшись с трудностями приспособления к сложным жизненным ситуациям, и не сдастся ли он под влиянием длительных травмирующих психику обстоятельств.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1 Клиническая характеристика групп обследуемых пациентов.

Обследования проводились в 2012 – 2013 годах на базе Республиканского Научного центра Экстренной медицинской помощи и специализированного информационного учебного заведения. Всего было обследовано 70 подростков, из них 30 с медикаментозным отравлением атропиноподобными веществами (соннат, димедрол) и 40 подростков аналогичного возраста, обучающихся в информационном колледже. Из них 35 мальчиков и 35 девочек. Возрастная категория больных варьируется от 12 до 18 лет. Средний возраст составляет 15,5(Таб.2.1.1.).

Таблица.2.1.1.

Распределение больных по возрастным категориям

Возраст	Основная группа	Контрольная группа
12-14 лет	11%	
15-16 лет	33%	85%
17-18 лет	56%	15%

Подбор больных производился с учетом диагностических критериев по МКБ-10. Главным критерием отбора для основной группы являлось наличие отравления атропиноподобными веществами, преимущественно соннатом и димедролом. Учащиеся колледжа отбирались с учетом возраста. На каждого обследуемого больного заполнялась специально разработанная карта обследования. Карта обследования включала паспортные сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, социо-образовательном статусе, особенностях преморбидного психического статуса.

2.2 Методы обследования.

В ходе исследования были использованы клинико-психопатологический и катамнестический методы.

Катамнез (от греч. kata — приставка, обозначающая здесь завершение действия, и *mnemoneuo* — вспоминаю), сводка всей информации об испытуемом, собираемая однократно или многократно по окончании первоначального наблюдения над ним. При проведении нашей работы сведения об испытуемых собирались из данных медицинского обследования, а также сведений, сообщаемых родственниками и близко знающими испытуемого (для суицидентов), а также ответов самих испытуемых.

В самом начале беседы были получены паспортные данные об испытуемом (фамилия, имя, отчество, возраст, место учебы). Затем собран анамнез жизни испытуемого, выясняя особенности дошкольного и школьного периодов, характер деятельности в свободное время, бытовые условия, состав семьи, занятия родителей, их культурный уровень, возраст, наличие в семье тяжелых заболеваний, также проводилось описание его образа жизни, взаимоотношений с членами семьи и окружающими, его интересов, занятий, контактов, степени его психической активности. Необходимо также выяснить наследственный статус.

Затем обращалось внимание на общий вид испытуемого, на его телосложение, окраску кожных покровов и слизистых, наличия деструкций кожных покровов (ссадин, порезов, кровоподтеков, рубцов).

Написание психического статуса проводилось после завершения беседы с испытуемым. Психический статус описывался, без употребления психиатрических терминов. Начиналось написание психического статуса с описания состояния сознания испытуемого, которое выражается в ориентировке в пространстве, ситуации, времени и собственной личности.

Ориентировку оценивали, используя вопросы, направленные на выявление осознания испытуемым времени, места и субъекта (вопросы о дне, месяце, годе и времени года).

Далее описывался внешний вид пациента, его манера одеваться (позволяет сделать вывод о волевых качествах), обращалось внимание на телосложение пациента (наличие кахексии, ожирения), выражение лица (дает информацию о настроении), поза и движения также отражают настроение.

Нарушения восприятия определялись при осмотре испытуемого, наблюдении за его поведением, расспросе, изучении рисунков, письменной продукции. Также оценивалось внимание (способность сосредоточиться на каком-либо объекте, концентрация — способность удерживать эту сосредоточенность) во время сбора анамнеза. При оценке осознания больным своего психического состояния необходимо помнить о сложности этого понятия. К концу обследования психического статуса составлялось предварительное мнение о том, в какой степени пациент осознает болезненную природу своих переживаний (для суицидента).

После проведенной беседы все испытуемые прошли тестирование, по определению склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) и по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Методика определения склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) разработана Вологодским центром гуманитарных исследований и консультирования «Развитие» в 1992 году. Предлагаемая методика является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения. Методика содержит 7 шкал и предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых.

1. Шкала установки на социальную желательность (служебная шкала)
Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности.

Да – 13,30,32.

Нет – 2,4,6,21,23,33,38,47,54,79,83,87.

2.Шкала склонности к преодолению норм и правил

Данная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого к преодолению каких-либо норм и правил, склонности к отрицанию общепринятых норм и ценностей, образцов поведения.

Да – 11,22,34,41,44,50,53,59,80,88,91.

Нет – 1,10,55,61,86,93.

3.Шкала склонности к аддиктивному поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Да – 14,18,22,26,27,31,34,35,43,46,59,60,62,63,64,67,74,81,91.

Нет – 95.

4.Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению. Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения.

Да – 3,6,9,12,16,27,28,37,39,51,52,58,58,73,90,91,92,96,98.

Нет – 24,76.

5.Шкала склонности к агрессии и насилию

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого к реализации агрессивных тенденций.

Да – 3,5,16,17,25,37,42,45,48,49,51,65,66,70,71,72,77,82,89,94,97.

Нет – 15,40,75,85.

6.Шкала волевого контроля эмоциональных реакций

Данная шкала предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций (Внимание! Эта шкала имеет обратный характер).

Да – 7,19,20,36,49,56,57,69,70,71,78,84,89,94.

Нет – 29.

7. Шкала склонности к деликвентному поведению

Название шкалы носит условный характер, так как шкала сформирована из утверждений, дифференцирующих «обычных» подростков и лиц с зафиксированными правонарушениями, вступавших в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами.

Да – 18,26,31,34,35,42,43,44,48,52,62,63,64,67,74,91,94.

Нет – 55,61,86.

При каждом совпадении ответа с ключом присваивается 1 балл. По каждой шкале подсчитывается суммарный балл. Результаты интерпретируются путем сравнения с тестовыми нормами. Если результат выше нормы, измеряемое свойство можно считать ярко выраженным, если меньше, то свойство маловыраженно.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Шкала разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. При формировании шкалы HADS авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и прочее). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом

опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

На каждый положительный ответ суммируется 1 балл. Результат 25—40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги. Результат 15—25 баллов — о среднем (с тенденцией к высокому) уровне. Результат 5—15 баллов — о среднем (с тенденцией к низкому) уровне. Результат 0—5 баллов — о низком уровне тревоги.

Выводы к главе II.

В Республиканском Научном центре Экстренной медицинской помощи и специализированном информационном учебном заведении было обследовано 70 подростков, из них 30 с медикаментозным отравлением атропиноподобными веществами (соннат, димедрол) и 40 подростков аналогичного возраста, обучающихся в информационном колледже. Возрастная категория больных варьируется от 12 до 18 лет.

Подбор больных производился с учетом диагностических критериев по МКБ-10. Главным критерием отбора для основной группы являлось наличие отравления атропиноподобными веществами, преимущественно соннатом и димедролом. Учащиеся колледжа отбирались с учетом возраста. На каждого обследуемого больного заполнялась специально разработанная карта обследования. Карта обследования включала паспортные сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, социо-образовательном статусе, особенностях преморбидного психического статуса.

Исследование изменений настроения по шкале HADS позволяет судить о наличии или отсутствии симптомов тревоги и депрессии, более детально изучить эмоциональное состояние испытуемого на момент исследования и более правильно определить первопричину формирования суицидальной мысли и как следствие суицидальной попытки.

Исследование склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) позволяет изначально выявить наличие склонности к суицидальному поведению и определить стойкость сохранения данных симптомов, что можно использовать для выявления первичных и вторичных суицидентов.

ГЛАВА III

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

3.1. Факторы повышающие риск суицидального поведения у подростков.

Суицид имеет много различных факторов, которые влияя на подростка увеличивают возможность возникновения суицидальных мыслей. При исследовании наследственности (Рис. 3.1.1.) удалось обнаружить, что в основной группе у 16 (53%) подростков отмечалась алкогольная зависимость у одного или у обоих родителей. У 3 (10%) один из родителей употреблял наркотические средства (анашекурение); и у 2 (6,7%) в анамнезе имелась суицидальная попытка со стороны матери (самопорез); у остальных 9 (30%) при расспросе выявить ничего не удалось.

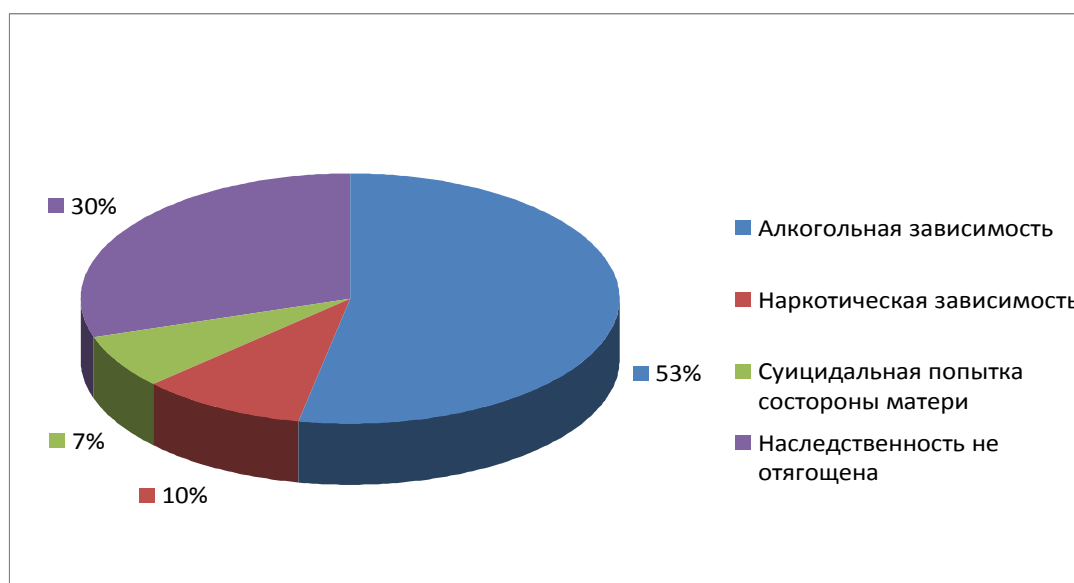


Рисунок 3.1.1. Структура наследственной отягощенности алкоголизмом и психическими заболеваниями

При рассмотрении контрольной группы обнаружилось, что у 5 (12,5%) один из родителей страдает алкоголизмом; а у 3 (7,5%) оба родителя страдают алкоголизмом. И ни у одного из испытуемых не отмечалось суицидальных попыток или наркотической зависимости.

Таким образом, из данного исследования очевидно влияние наследственной отягощенности на суицидальное поведение основной группы подростков.

При анализе данных протекания беременности и родовой деятельности у матерей суицидентов было обнаружено, что у 8 (26,7%) указали на тяжелое протекание беременности, то есть на наличие сильного токсикоза который, как правило, длился один триместр беременности. Из них всего 3 человека (10%) прибегли к медицинской помощи и находились на сохранении в родильном доме по месту жительства. У 16,7% (5) отмечались тяжелые роды в связи с неправильным положением плода или обвитием пуповины. И всего у 6,7% (2) отмечались стремительные роды. Около 53% (16) указали на протекание беременности и родов без особенностей. Также хочется отметить, что примерно у 23% (7) дети родились в асфиксии.

В контрольной группе обнаружено что около 50% (20) период беременности и родов протекал без патологии. В 37,5% случаев (15 чел.) беременность матерей пациентов протекала с выраженным гестозом и оставшиеся 12,5% (5) указывают на тяжелые роды и рождение в асфиксии.

Также наше исследование затрагивало обстановку внутри семьи и в коллективе (Рис.3.1.2.). Так как всем известно, что именно проблемы в семье толкают человека в «группу риска» создавая почву для суицидальных мыслей и попыток. Психологами давно доказано, что неполная семья сама по себе порождает патологии развития. У детей с одним родителем чаще всего возникают трудности общения, такие дети должны получать «тройную дозу» внимания и любви.

На момент обследования из 30 человек состоящих в основной группе 18 больных (60%) росли в полной семье, но из них 7 человек (23%) воспитывались не родным отцом или не родной матерью. Оставшиеся 12 (40%) росли в неполной семье.

Во вспомогательной группе наблюдалось следующее: 35 подростков из 40 (87,5%) росли в полной семье, из них всего 3 (7,5%) воспитывались не

родным отцом или матерью. Оставшиеся 2 человека (5%) воспитывались в не полной семье.

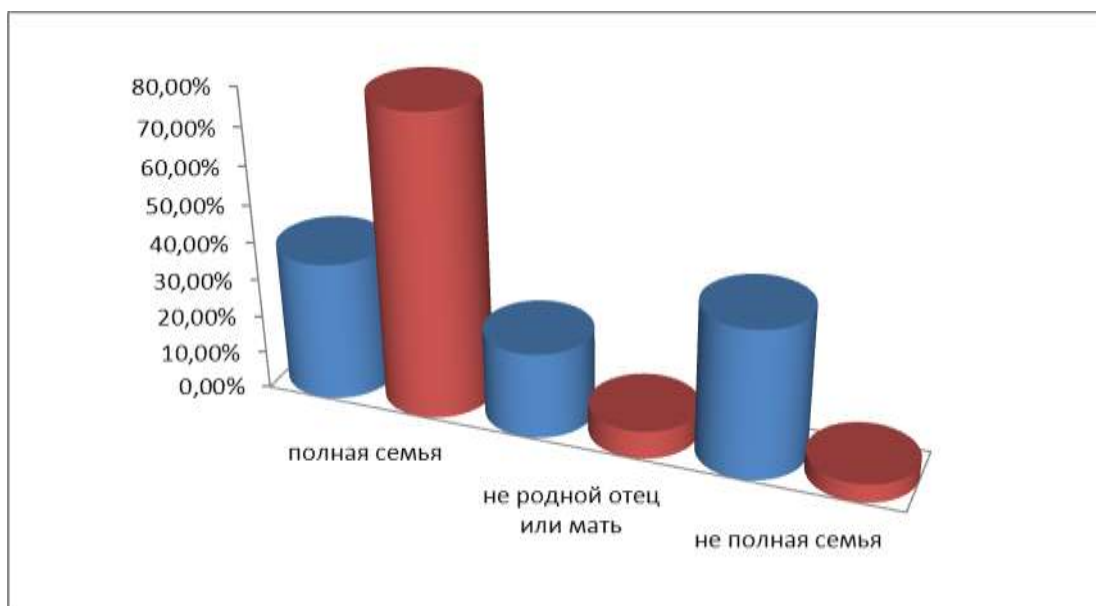


Рисунок 3.1.2. Семейное положение

У основной массы всех исследуемых подростков имелась полная семья 75,7%, но остаются 24,3 % которые росли вовсе или без отца или без матери.

Часто родители ничего не могут рассказать об интересах ребенка, типичные ответы: «как все», «хороший». Хотя, возможно, наоборот, они чрезмерно контролируют своего ребенка, лишают его выбора. Тем самым сделали его жертвой гиперопеки. Гиперопека, крайность воспитания, заставляет ребенка «спасаться» от родителей «на улице» (Рис.3.1.3.).

Существует и такой вариант опекаемого чада, как «кумир семьи», объект всеобщего восхищения и поклонения, единственный ребенок многочисленной родни. Для него привычны вседозволенность, неограниченная власть над родственниками, которые не накажут, и в конечном итоге - презрение к ним, а заодно и к учителям, сверстникам. Такие подростки в итоге могут действительно стать жертвой алкоголя, наркотизации или каких либо конфликтов, как внутри семейных так и внутри коллективных. Также существуют понятия «семейный дефицит» и

«социальный голод», когда ребенок растет без внимания и заботы, без необходимого общения, что часто является причиной возникновения суицидальных мыслей и попыток. Поэтому мы решили отдельно сделать ударение на отношении внутри семьи, по мнению исследуемых подростков.

Взаимоотношения в семье (родителями, сестрами и братьями) у основной группы характеризовались следующим образом: у 15 человек (50%) в воспитании наблюдалась скрытая гипопротекция которая часто сочеталась со скрытым эмоциональным отвержением; у 10 человек (33%) противоречивое воспитание которое характеризовалось сочетанием различных стилей в одной семье, зачастую не совместимых и не адекватных, что проявляется в открытых конфликтах, конкуренции и конфронтации членов семьи; и у оставшихся 5 (16,7%) доминирующая гиперпротекция что проявлялось в чрезмерной опеке, мелочном контроле, системе непрерывных запрещений и невозможности для ребенка принять когда-либо собственные решения.

В контрольной группе при беседе с подростками, их родителями их учителями удалось обнаружить следующее: всего у 5 (12,5%) воспитание было по типу повышенной моральной ответственности, что характеризовалось возлаганием на ребенка несоответствующих возрасту обязанностей и/или ожиданием от ребенка того, что он реализует их нереализованные желания и стремления; и у 3 (7,5%) воспитание в культуре болезни, где ребенок длительное время страдал или страдает хроническими заболеваниями. Болезнь ребенка выступает смысловым центром жизни семьи, ее забот и хлопот; и оставшаяся основная часть 32 человека (80%) характеризует свои отношения с родными как относительно удовлетворительные.

Следует отметить, что дефекты воспитания явно преобладали в основной группе исследуемых подростков. Тогда как во вспомогательной, имеющиеся дефекты родительского воспитания не имеют столь высокого процентного значения.

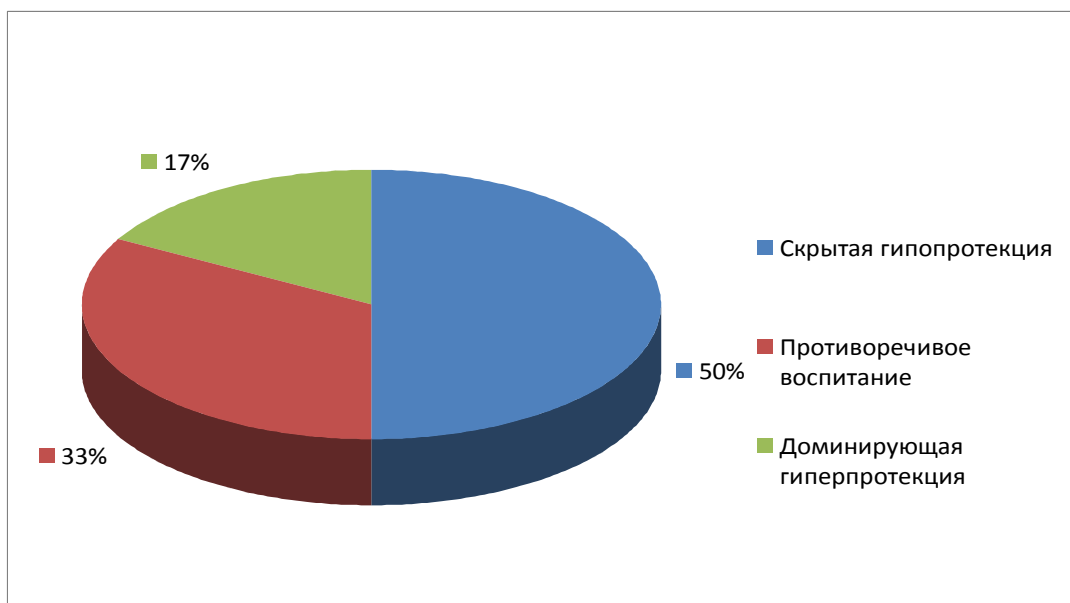


Рисунок 3.1.3. **Воспитание в семье**

Также на наш взгляд не менее важным является отношения подростков со своими сверстниками. Потребность в общении со сверстниками не могут заменить родители или другие взрослые люди. Контакты детей в начальной школе возникают преимущественно по следующим причинам: предыдущий опыт общения; пространственная близость (место жительства, соседство в классе); совместная деятельность и игры. Младшие школьники ступают в общение тогда, когда для этого есть конкретные предметно-практические основания. Общение подростков по большей части является коллективно-групповым. Важность общения в этом возрасте: общение со сверстниками, так как:

1. важный канал специфической информации;
2. во время общения подростки вырабатывают необходимые навыки социального взаимодействия, умения подчиняться коллективной дисциплине и в то же время отстаивать свои права, соотносить личные интересы с общественными. Ценной жизненной школой служат и соревновательность групповых взаимоотношений, которых нет в общении со взрослыми.

3. это специфический вид эмоционального контакта. Сознание групповой принадлежности, товарищеской взаимопомощи облегчает

подростку автономизацию от взрослых, дает ему чувство эмоционального благополучия и устойчивости.

10 человек из основной группы (33%) считали, что их не понимают и поэтому они больше предпочитают одиночество, в следствии чего всегда старались избегать общения с друзьями «по душам» и тем более шумные компании, в то время как 12 (40%) любили веселые компании, но друзья их считали агрессивными и поэтому избегали общения с ними. Оставшиеся 8 (27%), как они считали, имели много друзей, но в психологически кризисных ситуациях старались категорически избегать общения с кем-либо.

Во контрольной группе имелись подростки интроверты и подростки с аутистическими чертами характера, но они, в отличии от суицидентов быстро переключались на какие-либо иные значимые для них занятия – хобби (Рис.3.1.4.).

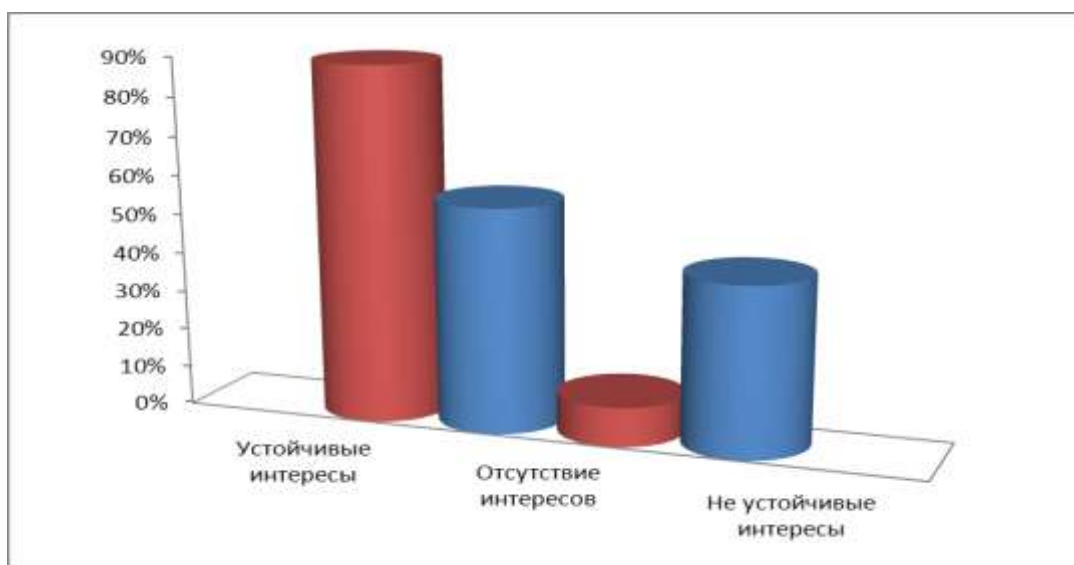


Рисунок 3.1.4. Увлечения

Увлечения и интересы (спортивные, технические, гуманитарные) у 36 (90%) подростков из вспомогательной группы можно было охарактеризовать как устойчивые. У оставшихся 4 (10%) отмечалось отсутствие всяких интересов. У 13 (43 %) подростков из основной группы возникающие увлечения и интересы были многочисленны, однако не сохранялись в

течение даже короткого периода времени, часто менялись. У 17 (57%) суицидентов уже в детском возрасте не было никаких увлечений и хобби.

Таким образом, обнаруживается явление фрустрации у контрольной группы подростков, и почти полное отсутствие ее у суицидентов.

Также мы рассмотрели еще один не менее важный фактор – самооценка. Самооценка относится к центральным образованиям личности, ее ядру. Процесс развития самооценки, проходящий через всю жизнь человека, образует самое сокровенное и основное содержание всего внутреннего существа, определяющие мотивы его деятельности и внутренний смысл тех задач, которые он разрешает в жизни. С величиной самооценки связана удовлетворенность и неудовлетворенность человека, возникающие в результате достижения успеха или проявления неуспеха. В своей практической деятельности человек обычно стремится к достижению таких результатов, которые согласуются с его самооценкой, способствуют ее укреплению, нормализации.

Самооценка в значительной степени определяет социальную адаптацию личности, является регулятором поведения и деятельности. Отношение человека к самому себе является наиболее поздним образованием в системе его мировосприятия. Но, несмотря на это, в структуре личности самооценке принадлежит особо важное место.

Неадекватная, завышенная самооценка создает широкую зону конфликтных ситуаций и при определенных условиях способствует проявлению делинквентного поведения.

В условиях, когда самооценка подростка не находит опоры в социуме, когда его поведение оценивается другими исключительно негативно, когда потребность в (само) уважении остается нереализованной, - развивается резкое ощущение личностного дискомфорта. Личность не в состоянии выносить его бесконечно долго; подросток не может не искать выхода из сложившейся ситуации. Его самооценка должна найти адекватную опору в социальном пространстве. Одним из распространенных путей решения этой

проблемы является переход подростка в группу, в которой характеристика его личности окружающими адекватна самооценке или даже превосходит ее. В такой среде подростка ценят и постоянно подтверждают это вербально и невербально, что приводит к удовлетворению потребности в уважении, а, следовательно, и к состоянию комфорта от принадлежности к группе.

Самооценка подростка, таким образом, наконец, получает адекватную опору в пространстве внешних социальных оценок личности. Группа, куда переходит подросток, может иметь различную ориентацию, различные ценности. К сожалению, очень часто новой информационной группе, в которой подросток находит необходимую социальную опору, доминирующей является контрнормативная шкала ценностей.

В следствии чего мы рассмотрели самооценку (Рис.3.1.5.) у каждого исследуемого (данные были собраны со слов подростков, их родных и окружающего коллектива), в каждой группе и выявили следующее:

- в основной группе, у основной массы подростков 20 (67%) выявилась резко сниженная самооценка. У 2 (6,7%) самооценка была резко завышена. И у оставшихся 8 (26,7%) отметились небольшое снижение данного показателя.

- во вспомогательной группе, у основной массы 25 (62,5%) отмечается нормальный уровень самооценки. У 10 (25%) самооценка не значительно снижена, а у 3 (7,5%) несколько завышена. И у 2 (5%) самооценка резко снижена.

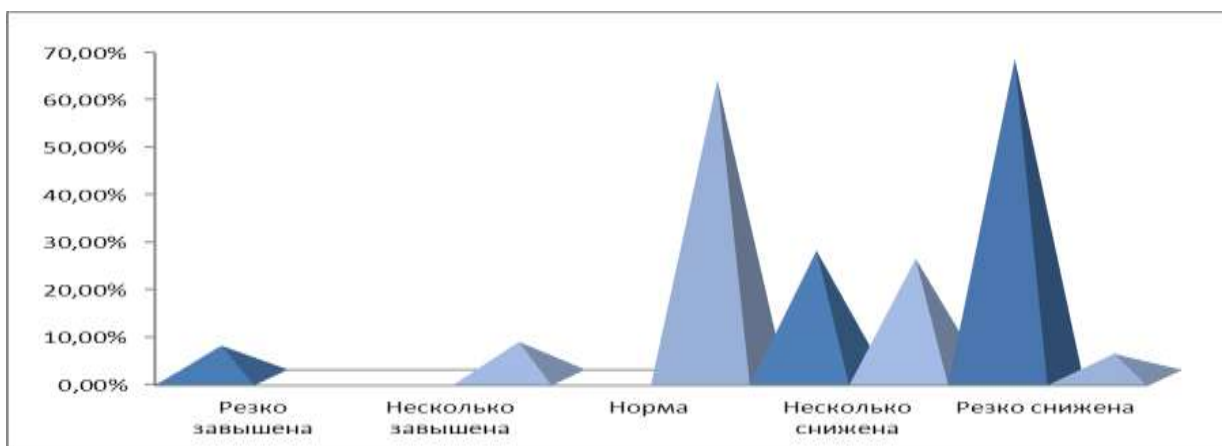


Рисунок 3.1.5. Уровень самооценки.

3.2. Исследование аффективных нарушений у подростков с помощью шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Возникновение желания у человека покончить жизнь самоубийством зависит от ряда условий, в том числе от наличия таких свойств личности как тревожность и депрессивность. Для изучения характера влияния данных компонентов на склонность к суициду нами было проведено экспериментальное исследование.

В диагностическом смысле термин «депрессия» обозначает аффективные нарушения, присутствующие в широком спектре нозологических единиц с различной этиологией и клиническими проявлениями. Депрессия переживается субъективно как подавленное настроение, как состояние угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины. В международной классификации болезней 10-го пересмотра в качестве ведущего для диагностики депрессии называется соматический синдром. У конкретного человека не менее двух недель должны проявляться три и более его признака:

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной;
- отсутствие реакции на деятельность (события), которые в норме ее вызывают;
- пробуждение утром за два (или более) часа до обычного времени;
- внешне выраженная психомоторная заторможенность или ажитация;
- заметное снижение (повышение) аппетита;
- снижение веса;
- заметное снижение либидо;
- снижение энергии;
- повышенная утомляемость.

Дополнительно к соматическим называются психологические признаки:

- снижение самооценки;

- беспричинное чувство самоосуждения;
- чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение;
- нерешительность.

Другим часто встречающимся симптомом, причиняющим серьезное беспокойство человеку, является нарушение ясности или эффективности мышления, иногда настолько выраженное, что может быть принято даже за органическую деменцию.

Депрессивное состояние, таким образом, кроме субъективно плохого настроения имеет выраженные соматические проявления, сниженную самооценку, нарушения мышления.

Несмотря на имеющую место, хотя и неоднозначную, связь суицидального поведения с психическими расстройствами (преимущественно — аффективными нарушениями), большинство авторов в настоящее время считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. В первом случае речь должна идти о проявлениях патологии, требующей преимущественно медицинского вмешательства. Во втором случае можно говорить об отклоняющемся поведении практически здорового человека в ответ на психотравмирующую ситуацию, что предполагает оказание срочной социально-психологической помощи.

Все испытуемые прошли тестирование по выявлению изменений настроения по шкале тревоги и депрессии (HADS) (Рис.3.2.1.). И было обнаружено, что в основной группе основная масса подростков 24 (80%) обладала клинически выраженной тревогой и депрессией. У оставшихся 6 (20%) диагностировалась субклиническая форма тревоги и депрессии.

В контрольной группе основная часть 30 (75%) имела нормальный показатель уровня тревоги и депрессии, из оставшихся - у 9 (22,5%) отмечалась субклиническая форма и у 1 (2,5%) клинически выраженная форма тревоги и депрессии.

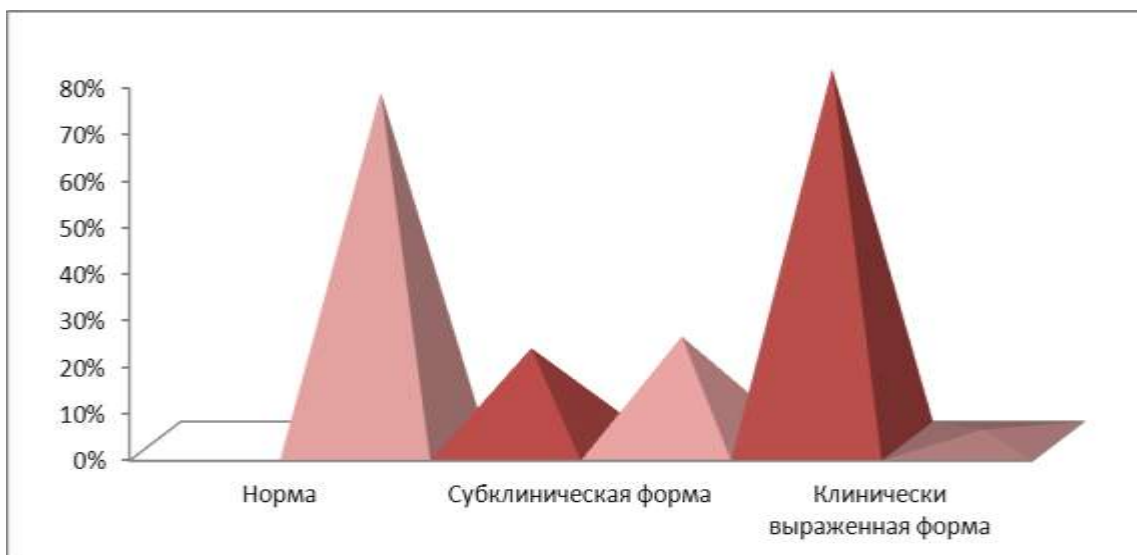


Рисунок 3.2.1. Шкала тревоги и депрессии (HADS).

В ряде клинических исследований установлено, что серьезные симптомы тревоги, возникающие на фоне клинически отчетливых депрессивных расстройств, могут стать важным фактором краткосрочного суицидального риска, и они обратимы под влиянием лечения. Это наблюдение с учетом обзора новейших исследований позволяет предположить, что классические факторы риска самоубийства, такие как предшествующие суицидальные попытки и суицидальные мысли, связанные с долговременным риском, не всегда являются полезными при оценке и вмешательстве в ситуации, связанные с острым риском самоубийства. Эти находки указывают, что необходимо обращать больше внимания на оперативное выявление и лечение симптомов тревоги у больных клинической депрессией. До настоящего времени наиболее связанными с суицидальным риском являются серьезные психические симптомы тревоги (сильное чувство страха, продолжительное чрезмерное беспокойство или панические атаки), ажитированное возбуждение (с телесными движениями или вокализацией), злобная неудовлетворенность и фрустрация. Клиническими проявлениями, подозрительными в отношении суицидального риска, являются эмоциональные вспышки, связанные с неустойчивостью настроения и утратой контроля, а также тревога, выраженная

диссоциативным поведением в сочетании с депрессией, хотя в проведенных исследованиях они изучены в меньшей степени. В следствии чего, в нашем исследовании мы делаем отдельное ударение на симптомы депрессии в каждой группе подростков. Собственно депрессивный синдром включает в себя большую группу отдельных симптомов. Мы разделили их на отдельные 5 категории и исследовали на всех испытуемых.

1. Внешний вид и поведение (Рис.3.2.2.)

- - в основной группе самый часто встречающийся симптом это тоскливое выражение лица (скорбная мимика) 26 (87%); гипомимия и амимия встретилась у 21 (70%) и у 3 (10%) подростков. После обращает на себя внимание общая двигательная заторможенность – у 12 (40%); бездеятельность и адинамия у 10 (33%) и двигательное возбуждение у 2 (6,7%). Также при общении с испытуемыми оценивалась и их речь и их манера говорить. Тихим монотонным голосом обладали 19 (63%); ускоренной экспрессивной речью обладали 3 (10%); замедленной речью около 8 (26,7%) подростков. Кратко отвечали на вопросы примерно 14 (47%) подростков и вообще не давали никаких ответов 1 (3,3%). Склонны к нытью были 15 (50%) подростков.

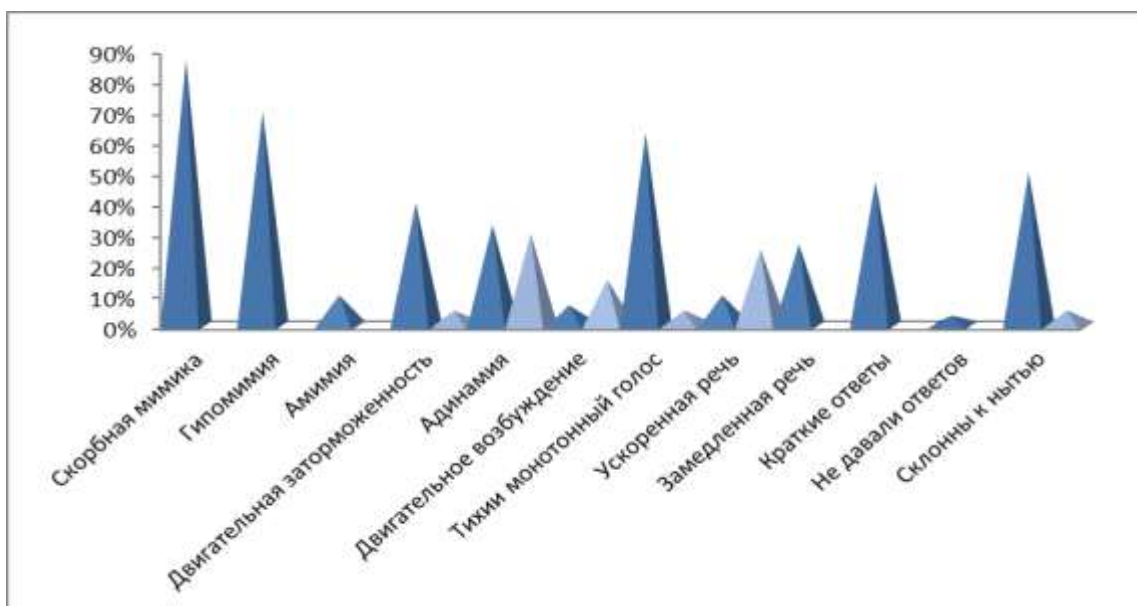


Рисунок 3.2.2. Внешний вид и поведение

- - во вспомогательной группе наиболее часто встречающийся симптом были бездеятельность и адинамия у 12 (30%). Двигательная заторможенность наблюдалась у 2 (5%), двигательное возбуждение у 6 (15%) подростков. Тихим монотонным голосом разговаривали 2 (5%), ускоренная экспрессивная речь наблюдалась у 10 (25%). Склонны к нытью были 2 (5%) подростка.

2. Эмоциональные нарушения (Рис.3.2.3.)

- - в основной группе часто встречающийся симптом это уныние 29 (97%). Также часто встречаются угнетенность 25 (83%), грусть 26 (87%), скука 27 (90%), мрачная угрюмость 77 (23%), злобность 15 (50%) и раздражительность 16 (53%). Помимо этого обращают на себя внимание ворчливость 10 (33%), брюзжание 12 (40%), неприязненное, враждебное отношение к окружающим 15 (50%), чувство ненависти к благополучию окружающих 14 (47%) и чувство физического недовольства 14 (47%). Сами же больные выделяют у себя такие симптомы как чувство бесчувствия 27 (90%), тревога беспредметная (немотивированная) 25 (83%), безразличное отношение к себе, окружающим 21 (70%).

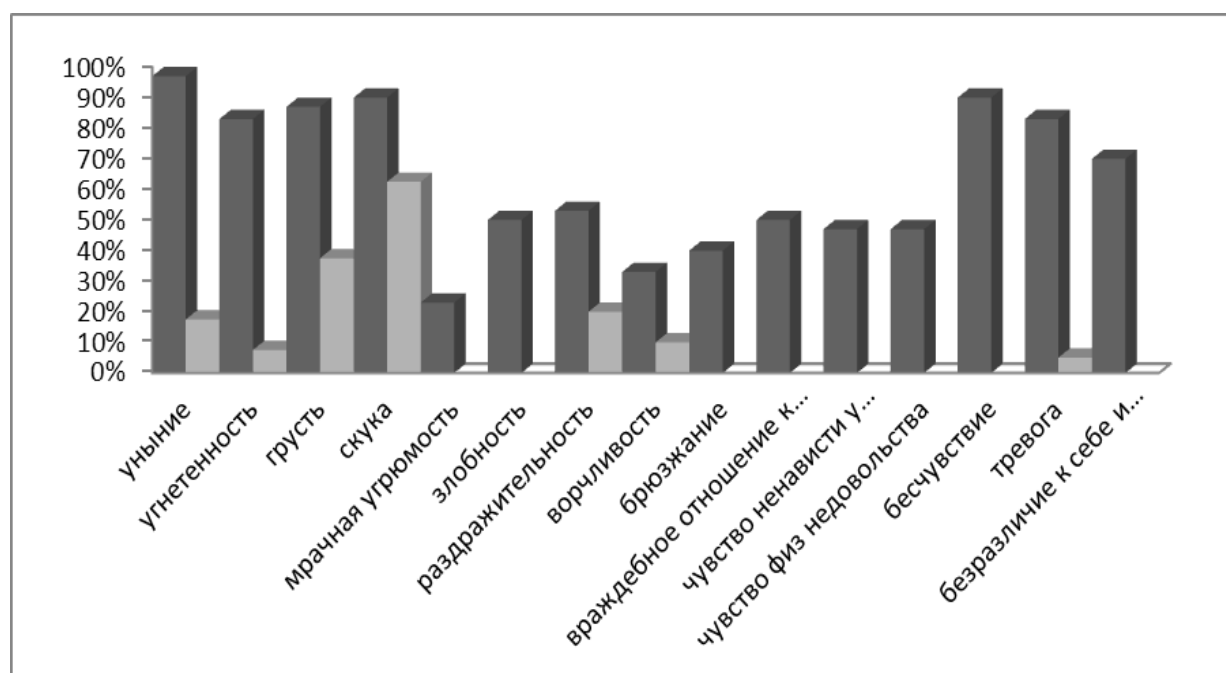


Рисунок 3.2.3. Эмоциональные нарушения

- во вспомогательной группе наиболее часто встречающийся симптом это скука 25 (62,5%). Также встречались такие симптомы как грусть 15 (37,5%), уныние 7 (17,5%), угнетенность 3 (7,5%). Раздражительность наблюдалась у 8 (20%), ворчливость у 4 (10%) и немотивированная тревога у 2 (5%).

3. Оценка собственной жизни (Рис. 3.2.4.)

- в основной группе пессимистической оценкой своего прошлого обладали 18 (60%); избирательное воспоминание неприятных событий прошлого наблюдалось у 25 (53%); пессимистическая оценка своего нынешнего состояния отметилась у 27 (90%); отсутствие перспектив в будущем имело место у 19 (63%).

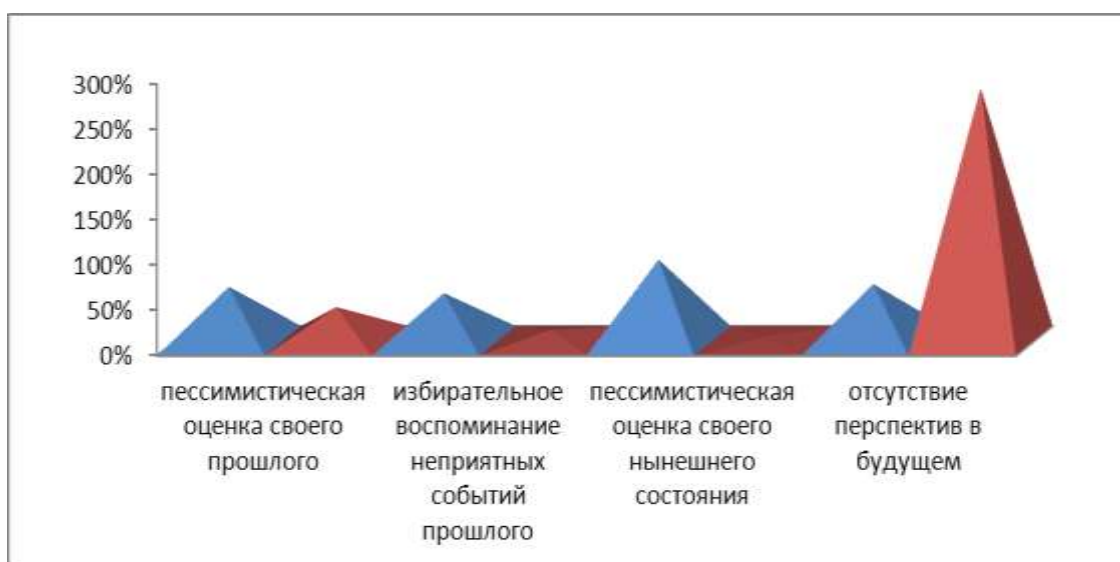


Рисунок 3.2.4. Оценка собственной жизни

- во вспомогательной группе пессимистическая оценка своего прошлого наблюдалась у 15 (37,5%); избирательное воспоминание неприятных событий прошлого у 5 (12,5%); пессимистическая оценка своего нынешнего состояния у 2 (5%); отсутствие перспектив в будущем у 2 (5%).

4. Взаимодействие с окружающими (Рис.3.2.5.)

- в основной группе наиболее часто встречалось эгоцентрическая направленность на свои страдания 28 (93%); далее нелюдимость, избегание

контактов с окружающими 25 (83%); также капризность у 17 (57%); и самый низкий показатель - стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью 5 (16,7%).

- - во вспомогательной группе наиболее частый симптом стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью 20 (50%); реже встречалась капризность 10 (25%); и еще реже эгоцентрическая направленность на свои страдания 2 (5%).

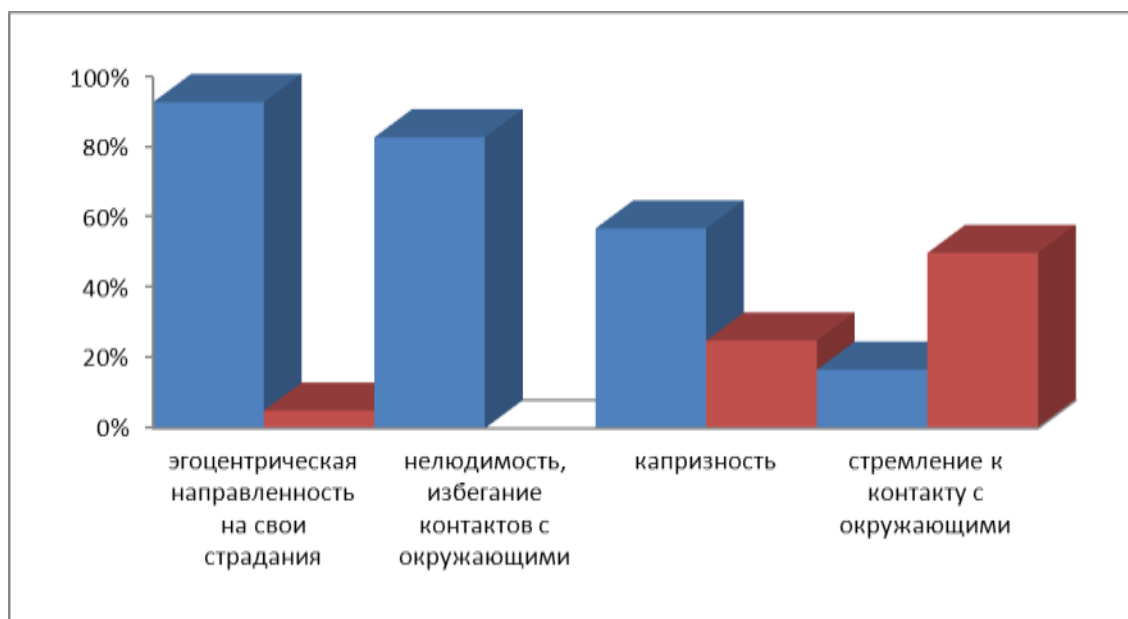


Рисунок 3.2.5. Взаимодействие с окружающими

5. Вегетативные нарушения (Рис.3.2.6.)

- в основной группе наиболее частые симптомы были слезливость 23 (77%), ощущение комка в горле 22 (73%), снижение веса тела 22 (73%) и тахикардия 19 (63%). Так же встречались бессонница 15 (50%), нарушение ритма сна 13 (43%), отсутствие чувства сна 5 (16,7%), повышенная сонливость 3 (10%). Также суициденты жаловались на снижение аппетита 15 (50%), головные боли 12 (40%), ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха 10 (33%), чувство физической тяжести, душевной боли в груди 8 (26,7%), сухость во рту (“симптомы сухого языка”) 8 (26,7%), повышенное АД 6 (20%), запоры 3 (10%), пища ощущается безвкусной 3 (10%) и

нарушение менструального цикла (задержка) 3 (10%). Помимо этого при осмотре у некоторых наблюдалось расширение зрачков 2 (6,7%).

- во вспомогательной группе тахикардия встречалась у 5 (12,5%), головные боли у 3 (7,5%), повышенная сонливость у 7 (17,5%), нарушение ритма сна у 1 (2,5%), запоры у 9 (22,5%), снижение веса тела у 12 (30%), повышение веса тела у 8 (20%) и снижение аппетита у 10 (25%).

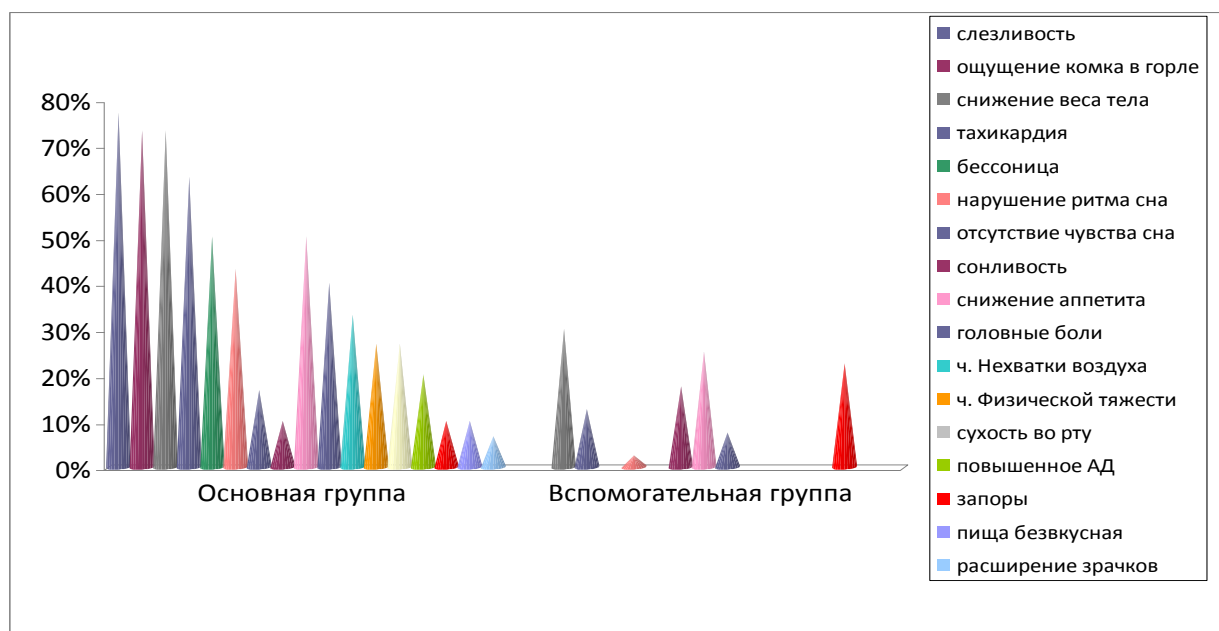


Рисунок 3.2.6. Вегетативные нарушения

3.3. Исследование склонности к отклоняющему поведению.

Также помимо исследования депрессии все испытуемые прошли тестирование на определение склонности к отклоняющему поведению по А.Н.Орлу. Из семи предложенных шкал мы рассмотрели только три. Это шкала на социально – желательные ответы, волевой контроль эмоциональных реакции и склонность к самоповреждающему поведению.

При тестировании обеих групп испытуемых на социально – желательные ответы было выявлено следующее (Рис.3.3.1.):

- из основной группы 12 (40%) данный показатель оказался в пределах нормы, а у оставшихся 18 (60%) результат получился повышенным, что

свидетельствует о склонности испытуемых давать социально приемлемые ответы.

- во вспомогательной группе у 33 (82,5%) ответы вписались в вариант нормы. А у оставшихся 7 (7,5%) повышение данного показателя.

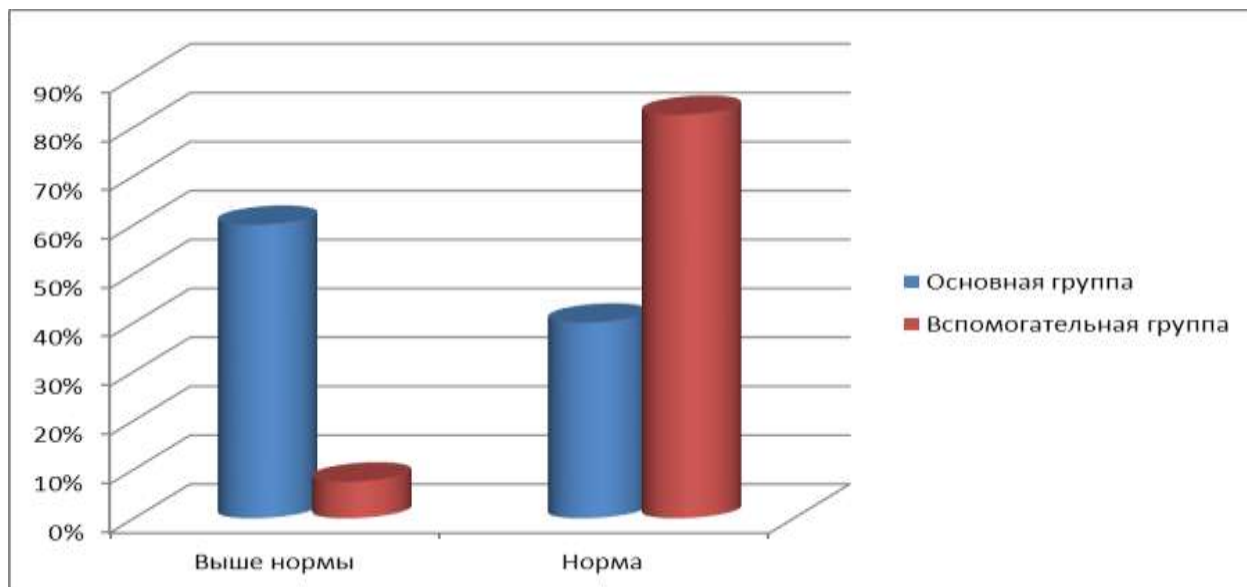


Рисунок 3.3.1. Шкала на социально – желательные ответы

При выявлении волевого контроля эмоциональной реакции выявилось следующее (Рис.3.3.2.):

- в основной группе у 26 (87%) выявилось увеличение данного показателя. А у оставшихся 4 (13%) результат теста дал нормальный показатель.

- во вспомогательной группе у 18 (45%) показатель был выше нормы; у 10 (25%) результат соответствовал норме. И у оставшихся 12 (30%) результат был занижен.

Из вышесказанного видно, что основная масса суицидентов не желает или неспособна контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакции. А часть во вспомогательной группе даже обладает жестким самоконтролем. Но в контрольной группе также имеется внушительный показатель подростков со слабым самоконтролем.

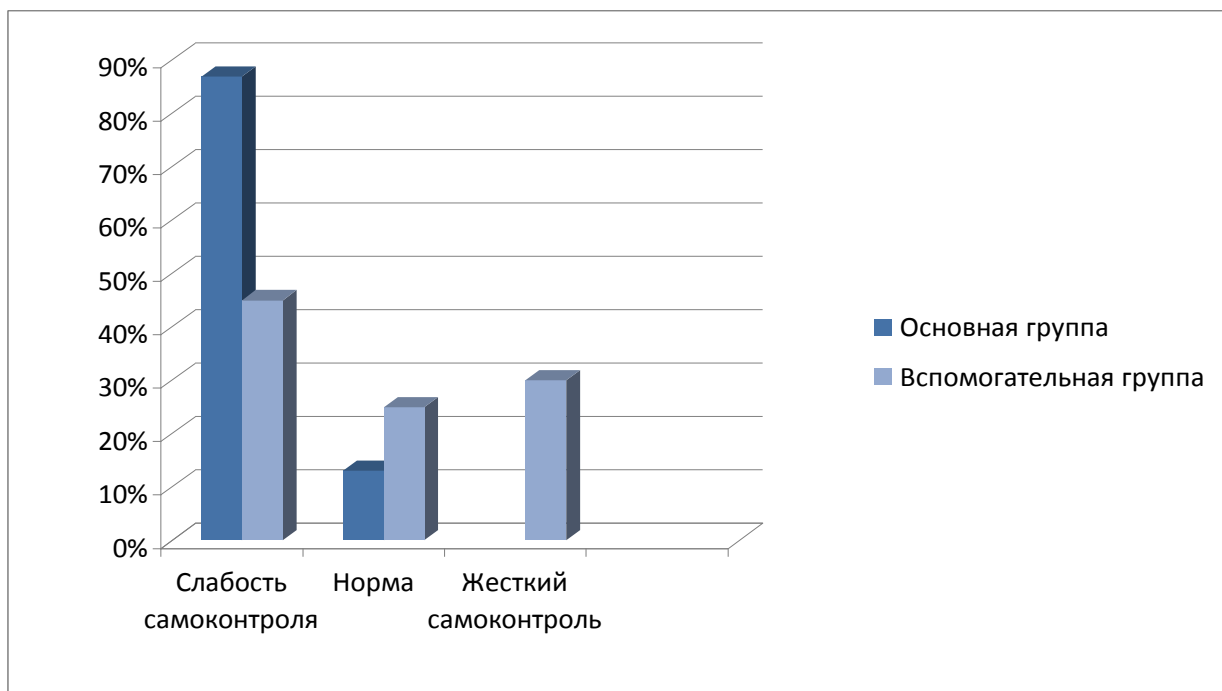


Рисунок 3.3.2. Волевой контроль эмоциональных реакции

При изучении склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению выявлено следующее (Рис.3.3.3.):

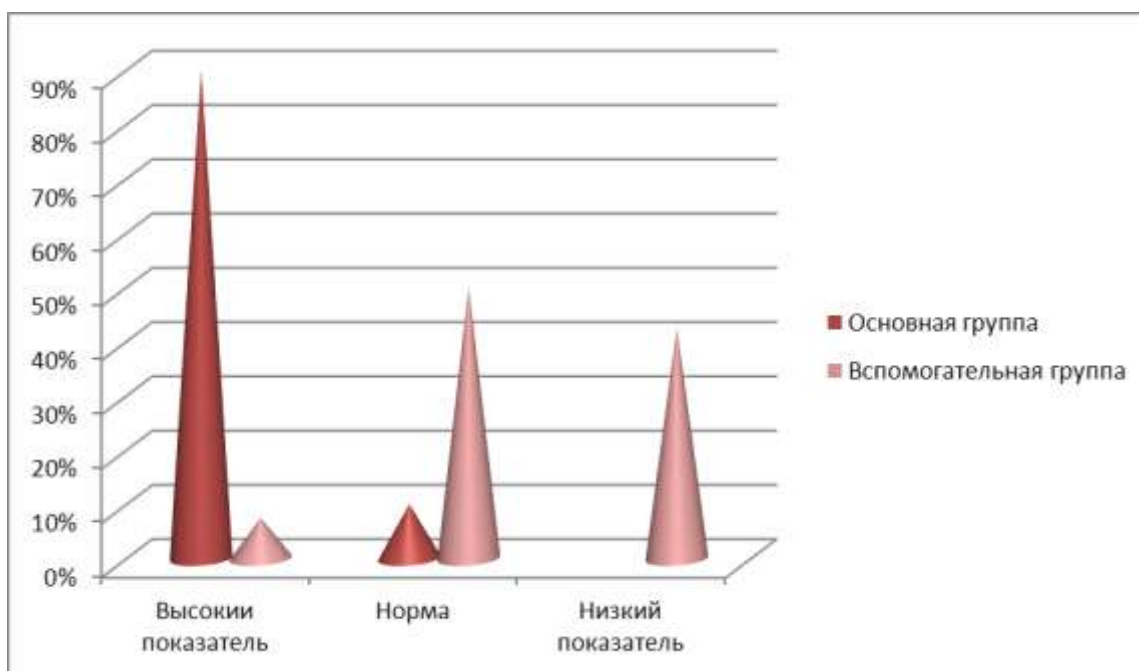


Рисунок 3.3.3. Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению

- в основной группе основная масса 27 (90%) имела повышенный показатель, а у оставшихся 3 (10%) результат соответствовал норме.

- во вспомогательной группе у 20 (50%) показатель соответствовал норме. Показатель завышен у 3 (7,5%) и у 17 (42,5%) он занижен.

Выводы к главе III.

Суицид имеет много различных факторов, которые влияя на подростка, увеличивают возможность возникновения суицидальных мыслей. Следует отметить, что дефекты воспитания явно преобладали в основной группе исследуемых подростков. Тогда как во вспомогательной, имеющиеся дефекты родительского воспитания не имеют столь высокого процентного значения.

Потребность в общении со сверстниками не могут заменить родители или другие взрослые люди. Контакты детей в начальной школе возникает преимущественно по следующим причинам: предыдущий опыт общения; пространственная близость; совместная деятельность и игры. Младшие школьники вступают в общение тогда, когда для этого есть конкретные предметно-практические основания. Общение подростков по большей части является коллективно-групповым.

Самооценка в значительной степени определяет социальную адаптацию личности, является регулятором поведения и деятельности. Отношение человека к самому себе является наиболее поздним образованием в системе его мировосприятия. Но, несмотря на это, в структуре личности самооценке принадлежит особо важное место.

Из проведенных исследований очевидно наличие низкой ценности жизни, склонности к риску, выраженная потребность в острых ощущениях, и наличие садомазохистских тенденции у большей части основной группы и у небольшого количества подростков из контрольной группы. Также у данной группы подростков отсутствует готовность реализовать саморазрушающее поведение. Также у них отсутствует тенденция к соматизации тревоги, и нет склонности к реализации комплексов вины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Частота суицидальных действий среди молодежи, в течение последнего десятилетия увеличилось в четыре раза. У 30% лиц в возрасте 14 – 24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные действия. Из общего количества суицидов 90% - совершается людьми с психотическими состояниями и лишь 10% - без психотических расстройств. Некоторые специалисты пишут о том, что в 10% суицидальное поведение имеет цель покончить собой, и в 90% суицидальное поведение подростка – это привлечение к себе внимания.

По данным статистики в Узбекистане количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 30,1% от общего числа умерших от неестественных причин. За последние пять лет самоубийством покончили жизнь 3711 несовершеннолетних. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, катастрофа, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих.

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности стрессов и утраты смысла жизни. Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедии. По данным официальной статистики от самоубийства ежегодно погибает около 2800 детей и

подростков в возрасте от 5 до 19 лет, и эти страшные цифры не учитывают случаев попыток к самоубийству.

Приведенные результаты исследования позволили выявить и охарактеризовать у испытуемых подростков с незаконченным суицидом совокупность синдромологических особенностей, характерных для данной патологии.

Анализ группы показал явное преобладание женщин 97% суицидентов над мужчинами 3%. Анализ наследственной отягощенности показал, что у основной массы суицидентов 70% имелась наследственная отягощенность. Наибольший удельный вес занимала отягощенность алкоголизмом – 53%, на втором месте употребление наркотических средств 10% и после отягощенность суицидом со стороны матери 6,7%.

В анамнезе у исследуемых лиц отмечались неблагоприятные микросоциальные условия (воспитание одним родителем, гипоопека). В отличие от 2 группы в 1 группе 40% подростков росли или с не родной матерью, или с не родным отцом, а 12% росли в не полной семье. Когда во вспомогательной группе основная часть подростков 87,5% воспитывалась в нормальной семье. Что касается воспитания, то в первой группе подростков преобладала скрытая гипопротекция (50%). Но также имели место и противоречивое воспитание 33% и доминирующая гиперпротекция 16,7%. Когда во вспомогательной группе встретились воспитание в условиях повышенной моральной ответственности (12,5%), и у 7,5% воспитание в культе болезни.

Также хочется сделать отдельное ударение на отношения подростков со своими сверстниками. Так как потребность в общении со сверстниками не могут заменить родители или другие взрослые люди. В основной группе в психологически кризисных ситуациях практически все испытуемые по разным причинам оставались одиноки. Когда испытуемые с аутистическими чертами характера из вспомогательной группы фрустрировали свои проблемы в какое – либо хобби. В следствии чего также нами было сделано

ударение на хобби всех испытуемых. Ни кто из подростков в основной группе не имел устойчивых увлечений и интересов, когда во вспомогательной группе этим обладали 90% подростков.

Еще был рассмотрен один не менее важный фактор как самооценка. Суициденты в основном обладали резко сниженной самооценкой 67%, когда во вспомогательной группе этот показатель был равен 5%. У 26,7% отметились небольшое снижение данного показателя, что в принципе соответствовало таковому показателю во вспомогательной группе 25%. Еще имелось резкое завышение самооценки 6,7%, что не встретилось у 2 группы исследуемых.

Самоуничжение, чрезмерное чувство вины, чувство бессмысленности жизни и всеохватности неудач очень часто сопровождаются серьезными неоднократными суицидальными мыслями и размышлениями о смерти. Тем не менее, впервые риск суицида, как правило, становится отчетливым, когда состояние пациента улучшается и снижается психомоторная заторможенность, однако надежда на способность справиться с кризисной ситуацией все еще остается незначительной. Для некоторых пациентов встреча с реальностью кажется настолько пугающей и мучительной, что самоубийство представляется единственным выходом. Депрессия, оставленная без лечения, может стать настолько серьезной, что подросткам, которым сложно довериться кому-либо и попросить о помощи, суицид может стать единственным выходом. Вот именно поэтому мы с особой детальностью изучаем депрессивный синдром на всех испытуемых подростках.

При тестировании исследуемых по шкале тревоги и депрессии (HADS) было обнаружено преобладание у суицидентов 80% клинически выраженной тревоги и депрессии. А у 20% диагностировалась субклиническая форма тревоги и депрессии. В то время как у контрольной группы субклиническая форма обнаружилась у 22,5%, а клинически выраженная у 2,5%. Также при детальном исследовании симптомов депрессии выявилось явное

значительное преобладание большинства симптомов у основной группы подростков, в то время как контрольная группа также включает в себя некоторые симптомы, но наличие их незначительно.

Также при исследовании склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) из семи шкал были рассмотрены только три шкалы, которые, на наш взгляд, являлись наиболее актуальными для группы суицидентов. При тестировании обеих групп испытуемых на социально – желательные ответы было выявлено повышение данного показателя у 60% суицидентов и 7,5% подростков из группы контроля. Что говорит о готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности. И 40% суицидентов и 82,5% подростков из группы контроля имели нормальный данный показатель.

При выявлении волевого контроля эмоциональной реакции выявился повышенной показатель у 87% суицидентов и 45% контрольной группы. Вариант нормы показали 13% суицидентов и 25 % группа контроля. Также 30% из группы контроля дали пониженный показатель, что не встретилось у суицидентов.

При изучении склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению повышенный показатель выявился у 90% суицидентов и 7,5% в группе контроля. Показатель соответствовал норме у 10% суицидентов и 50% в группе контроля. Также в группе контроля встретился понижение данного показателя у 42,5% подростков, что не явилось характерным для основной исследуемой группы.

Выводы.

1. Основными особенностями подростков с суицидальным поведением является явное преобладание симптомов депрессии в 80 % случаев, так же явная склонность к саморазрушающему поведению в 90 % случаев и в 87 % случаев снижение волевого контроля эмоциональных реакций.

2. К основным факторам повышающие риск суицидального поведения у подростков относятся: отягощенная наследственность 70%, неполноценная семья 40% и тип воспитания в ней (противоречивое воспитание 33%, доминирующая гиперпротекция 16,7%), неумение наладить доверительные отношения с окружающими и неадекватная самооценка подростка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Использование методик исследования шкалы тревоги и депрессии (HADS) и склонности к отклоняющему поведению (А. Н. Орел) позволяет своевременно выявить подростков группы риска по суициду.

2. 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 основана на тренинге поведенческих навыков.

3. С целью снижения процента суицидальных попыток среди подростков необходима совместная работа медицинских психологов с учителями, школьными психологами и родителями учащихся.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ НАУЧНЫХ РАБОТ

1. Тезис: “Проблемы суицидов у больных с острыми химическими отравлениями “. Хонбабаева Р.Х. Монография II съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи / г. Ташкент 2011. – С. 527-529.
2. Тезис: “Анализ факторов риска суицидального поведения подростков, поступивших с острыми химическими отравлениями”. Хонбобоева Р. // Вестник экстренной медицины 2011. – С. 134.
3. Тезис: “Сравнительный анализ суицидальных попыток” . Хонбобоева Р. Вестник экстренной медицины 2011. – С.268 – 269.
4. Доклад: “Сравнительный анализ суицидальных попыток по данным Республики организационного методического суицидологического центра при РНЦЭМП”. // X Республиканская научно – практическая конференция «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Вопросы профилактики, диагностики. и лечения послеоперационных осложнений в экстренной хирургии» / «Конкурс молодых ученых» - Хонбобоева Р. доклад 2012 г. Наманган.
5. Тезис: “К вопросу эпидемиологии острых отравлении прижигающими ядами в г. Ташкенте и Ташкентской области”. // Научно – практическая конференция «Актуальные вопросы радиационной медицины и промышленной токсикологии» / Хонбобоева Р. Красноярск 2012. – С. 126 – 127.
6. Методическое пособие “Особенности наркомании и токсикомании среди подростков”. Хонбобоева Р. Методическое пособие Ташкент 2011.
7. Доклад: “Тревога и депрессия как факторы риска суицидального поведения у подростков “.Хонбобоева Р . Конкурс молодых ученых – доклад / ТашПТИ 2012.
8. Тезис: “Психологические особенности личностей, совершивших суицидальную попытку” Хонбобоева Р. // Тезис 2011 – С. 195 – 196.
9. Тезис: “Тревога и депрессия как факторы риска суицидального поведения у подростков “. Хонбобоева Р. Методическое пособие 2012.

10. Доклад: “ Ёшларда суицид ҳолатларини олдини олишнинг психологик омиллари”. Хонбобоева Р. Ўзбекистон психологлар ассоциацияси семинари – доклад. г Паркент 2011.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Произведения Президента Республики Узбекистан И.А. Каримова.

1. Каримов И. А. «Узбекистан на пороге достижения независимости» 2011 г.

Основная литература.

2. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. - Изд-во "Магистр", 1997.
3. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: М., Изд-во Владос - Пресс, 2003.
4. Вассерман Д.В. Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств. - М., "Смысл", 2005 – 310с.
5. Ефремов В.С. Основы суицидологии. - СПб.: Диалект, М.: 2004 – 480с.
6. Пригожан А.А. Формирование личности в подростковом возрасте. - М., Просвещение, 1993.

Дополнительная литература.

7. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М., Изд-во МГУ, 1994.
8. Братусь Б.С. Аномальная личность. - М., Мысль, 1988.
9. Бухановский А.О.; Кутявин Ю.А.; Литвак М.Е. Общая психопатология. - Ростов-на-Дону Изд-во "Феникс" 2000.
10. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. - М., МПСИ; Воронеж: НПО "МОДЭК", 2001.
11. Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А. Социальная психология личности: Учебное пособие для вузов. - М., Аспект-Пресс, 2001.
12. Гарифуллин Р.Р. Скрытая профилактика наркомании. Творческий центр. Москва, 2002.
13. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., Изд-во "Институт практической психологии"; Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 1998.
14. Действовать! Книга для учителя. - М., Просвещение, 1989.

15. Девиантное поведение подростков. Профилактика и реабилитация, защита прав несовершеннолетних. - М., 1999.
16. Диагностика школьной дезадаптации /под редакцией Беличевой С.А/. - М., 1993.
17. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. - СПб., Питер, 2001.
18. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. - СПб., Питер, 2001.
19. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов. - М., Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2002.
20. Еникеева Д.Д. как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. - М., Издательский центр "Академия", 1999.
21. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. М.: Издательский центр "Академия", 2004.
22. Информационно-методические документы и материалы по профилактике наркомании среди детей и подростков. - Ростов-на-Дону: Изд-во "Министерство общего и профессионального образования Ростовской области, 2000.
23. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. Пособие /под ред. Кондрашенко В.Т./. - М., Изд-во Института психотерапии, 2001.
24. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. - М., Медицина, 1995.
25. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. - М.: Фолиум, 1996.
26. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. - М., 2001.
27. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. - Новосибирск, 1980.
28. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. - Минск, 1988.
29. Коробейников И.А. нарушения развития и социальная адаптация. - М., ПЕР СЭ, 2002.

30. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека: Учеб. Пособие. - М., ТЦ Сфера, 2001.
31. Краткий психологический словарь. - М., Просвещение, 1985.
32. Леонгард К. Акцентуированные личности. - Киев, 1989.
33. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1983.
34. Личко А.И., Битинский В.С. подростковая наркология. - Л., 1991.
35. Матвеев В.Ф., Гройсман А.Л. профилактика вредных привычек школьников. - М., Просвещение, 1987.
36. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология. - М., Медпресс, 1998.
37. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. - М.: Смысл, 2001.
38. Маклаков А.Г. общая психология. - СПб.: Питер 2000.
39. Мерлин В.С. Структура личности; характер, способности, самосознание. Учеб. Пособие к спецкурсу Перм. Гос. пед. ин-т; - Пермь.: ПГПИ, 1990.
40. Мухина В.С. Психология детства и отрочества. - М., МПСИ, 1998.
41. Майтова В.М., Майтова О.В. Исповедь матери бывшего наркомана. Как защитить детей от наркотиков. - Советский спорт, 2000.
- 42.. Николаева Л.П., Колесов Д.В. Уроки профилактики наркомании в школе: пособие для учителя. - М., Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 2000.
43. Наркомания: программа профилактики среди подростков и молодежи. - М., 1998.
44. Нельсон Джоунс Р. Теория и практика консультирования. - СПб., 2000.
45. Овчарова Р.В. Технологии практического психолога образования. - М., ТЦ "Сфера", 2000.

46. Орел А.Н. Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП). - Научно-производственный центр "Психодиагностика", Ярославль, 1999.
47. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании /под ред. Березина С.В, Лисецкого К.С., Орешниковой И.Б./ - М., Изд-во института психотерапии, 2000.
48. Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании среди детей и подростков. Рекомендации для педагогов, социальных работников, школьных психологов. - Оренбург, 1998.
49. Прикладная социальная психология. - /Под ред. А.Н. Сухова и А.А. Деркача./ М., Изд-во НПО "МОДЭК", 1998.
50. Практическая психология образования. /Под ред. И.В. Дубровиной./ - М., ТЦ "Сфера", 2000.
51. Психологический словарь. - М., Педагогика, 1983.
52. Психология. Словарь. / Под ред. А.В.Петровского и М.Г.Ярошевского. - М., 1990.
53. Психотерапевтическая энциклопедия. /Под ред. Карвасарского Б.Д./ - СПб., 1998.
54. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии - СПб., Изд-во "Питер", 2001.
55. Ратгер М. Помощь трудным детям. - М., 1987.
56. Рыжова Н.А. Поведенческие расстройства у детей: Диагностика, коррекция, психопрофилактика. - М., 1998.
57. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология - СПб., Изд-во "Питер", 2000.
58. Рязанцев В.А. Психотерапия и деонтология при алкоголизме. - Киев: Здоровье, 1983.
59. Социальные отклонения. /Под ред. Кудрявцева. В.Н./ - М., 1989.
60. Сирота Н.А. и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. - М., 2001.

61. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста /под ред. Циркина С.Ю./ - СПб.: Изд-во "Питер", 1999.
62. Федоров А.П. Методы поведенческой психотерапии: учеб-методич. пособие. - СПб., 1987.
63. Хажилина И.И. профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. - М., Изд-во Института Психотерапии, 2002.
64. Шабанов П.Д. Основы наркологии. - СПб., Изд-во "Лань", 2002.
65. Шапарь В.Б., Тимченко А.В., Швыдченко В.Н. Практическая психология. Инструментарий. - Ростов-на-Дону: Изд-во "Феникс", 2002.
66. Энциклопедия глубинной психологии. /Под ред. А.М.Боковикова./ - М., 2001.
67. Энциклопедия психологических тестов. Мотивационные, интеллектуальные, межличностные аспекты. - М.:ООО "Изд-во АСТ", 1997.
68. Ясман Л.В. Психологические основы системы предупреждения правонарушений у несовершеннолетних., Комсомольск-на-Амуре., 1996
69. Rut: W., von Knowing L., Wallinder /. Long term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. Ada Psychiatr. Scand. 1992; 85:83-88.
70. Wolk-Wasserman D. Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. Act a Psychiatr. Scand. 1987; 75:358—372.
71. hitman R. Hospital suicides: lawsuits and standards. Suicide Life Threat. Behav.1982; 12:212 - 220.
72. Soubrier JR. Dehoui M., Bertolote J.M.. et al. Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. Pans: Lundbeck-France; 1998.

73. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians. Mental behavioural disorders. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health. Geneva. 2000.
74. Beck A. T., Broun O.K., Steer R.A. Suicide ideation at its worst point: a prediction of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29:1
75. Jacobs D.G. Guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey Bass Publishers: 1999.
76. Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Ada Psychiatr. Scand.* 1985; 71:581 - 595.
77. Soubrier J.P. Definitions du suicide. Signification de la prevention. *Ann. Medicopsychol.* 1999; 157:526 529.
78. Alvarez A. A savage God: a study of suicide. New York: Random House; 1970.
79. Shea S.C The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors. New York: John Wiley and Sons; 1999.
80. McFarlane W R., Dushay R., Lukens E., et al. Multiple family groups in psycho-educational treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995; 52:679— 687.
81. Jamison K.R. Night falls fast: understand suicide. New York: Alfred A. Knopf;1999.
82. Dunne E.J., McIntosh J.L., Dunne-Maxim K. Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors. New York: W.W. Norton; 1987.
83. Dunne E.J. Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide. *Crisis.* 1992; 13:35—40.
84. World Health Organization. How to start a group of survivors of suicide and be successful. A resource for setting up a self-help support group for those bereaved by suicide. Geneva: World Health Organization; 2000.

85. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1998; 37 (Suppl. 10):63S–83S.
86. Diekstra R.F. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand* 1993; 371(suppl.): 9—20.
87. Fergusson DM., Lynskey M.T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1995; 34:1308- 1317.
88. Clark D. Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. *Psychiatr. Ann.* 1993; 23:271 -283.