

АНТОНОВ АЛЕКСАНДР

СУИЦИДОЛОГИЯ

Профилактика, кризисная интервенция
и постсуицидальное сопровождение

Методическое пособие

Суицидология.

**Профилактика, кризисная интервенция
и постсуицидальное сопровождение.**

Методическое пособие.

Автор

Антонов Александр Викторович, психолог

Главный редактор

Скачкова Антонина Львовна, психолог

Санкт-Петербург

2018 г.

УДК 159.9
ББК: 88
А72

Антонов А.В.

- A72 Суицидология. Превенция, кризисная интервенция и постсуицидальное сопровождение.: Методическое пособие – Санкт-Петербург, 2018 – 181 с.

Суицид – сложная для изучения тема в психологии и других гуманитарных науках. Помимо моральных установок и проявлений эмпатии, при углублении в суть данного вопроса, разработку темы усложняет ее междисциплинарный характер. Примирение различных областей: психологии, медицины, философии, социологии и некоторых других, составляет неотъемлемую часть освоения темы суицида.

В представленном методическом пособии автор приводит разработанный холистический (целостный) подход к изучению феномена суицидального поведения. Приведены основные теоретические концепты превенции, кризисной интервенции и постсуицидального сопровождения.

УДК 159.9
ББК: 88

© Антонов А.В., 2018

Оглавление

Введение.....	7
Актуальность проблемы суицида.....	7
Целевая группа.....	8
Цель методического пособия.....	8
Задачи	9
Глава I. Основные теоретические подходы к феномену суицидального поведения в научной литературе.....	10
1.1. Социально-психологический подход к проблеме суицидов по данным научной литературы.....	10
1.2. Клинико-психологический подход к проблеме суицидов по данным научной литературы.....	18
Суицид при психических патологиях.....	19
Суицид при пограничных состояниях.....	27
Суицид у психически здоровых людей.....	39
1.3. Типология суицидов интегральный подход.....	42
1.4. Внешняя и внутренняя динамика суицидального поведения.....	55
Выводы по главе I.....	57
Глава II. Превенция, кризисная интервенция и постсуицидальное сопровождение суицидов.....	60
2.1. Превенция суицидального поведения.....	60
Диагностика суицидального риска.....	60
2.2. Кризисная интервенция при попытке суицида.....	72
Требования к специалисту, осуществляющему кризисную интервенцию.....	72
Суицидальные и антисуицидальные факторы.....	76
Оценка степени суицидального риска.....	83

Структура диалога и прикладные техники кризисной интервенции при суицидальном поведении.	89
Повышение уровня социально-психологической адаптации.	101
2.3. Постсуицидальное сопровождение.	104
Первый тип — критический.	104
Второй тип — манипулятивный.	105
Третий тип — аналитический.	105
Четвертый тип — суицидально-фиксированный.	106
Заключение.	109
Список литературы.	111
Приложение №1. Шкала социальной адаптации Холмса-Рея.	114
Интерпретация.	115
Приложение №2. Тест-опросник Леонгарда-Шмишека.	116
Описание.	116
Инструкция.	117
Тестовое задание.	117
Бланк ответов к тесту.	120
Ключ к тесту.	121
Интерпретация результата.	122
Описание типов акцентуаций личности.	123
Краткое описание типов акцентуаций по Леонгарду-Шмишеку.	128
Приложение №3. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ).	131
Процедура проведения.	131
Инструкция.	132
Текст опросника.	132
Бланк ответов.	135
Ключ к тесту.	136

Перевод сырых баллов в Т баллы.....	137
Таблица коэффициентов коррекции	137
Как пользоваться шкалой коррекции	138
Пример	138
Анализ и интерпретация результатов теста.....	139
Интерпретация показателей по шкалам.....	139
Базисные шкалы.....	139
Приложение №4. Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45).....	142
Инструкция.....	142
Опросник	142
Ключ шкалы лжи (L)	144
Ключ шкалы склонности к суицидальным реакциям (Sr).....	144
Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)	145
Приложение №5. Описание типов акцентуаций характера по Личко А.Е.	146
Подробное описание типов акцентуаций характера по Личко А.Е.	146
Краткое описание типов акцентуаций по Личко А.Е.	177
Краткая схема для простого запоминания акцентуаций по Личко А.Е.	181

От автора

Данное методическое руководство имеет актуальную и, в то же время, сложную тему. Трудность обозначена не только моральной составляющей, но и междисциплинарным характером. Сочетание различных направлений (педагогика, психология, психиатрия, психотерапия и др.) есть и достоинство, и недостаток представляемой вам работы.

С одной стороны, междисциплинарный или холистический (целостный) подход к проблеме суицида порождает методическую сложность и запутанность в терминологии, поскольку каждое направление имеет свой специфический понятийный аппарат. Что несколько осложняет восприятие, особенно учитывая научный стиль изложения, предполагаемый к использованию в методическом руководстве для профессионалов.

С другой стороны, для терпеливого читателя представляется хорошая возможность получить целостное, полное понимание вопросов, связанных с суицидальным поведением. В нижеследующих главах, представлены исчерпывающие описание превенции, кризисной интервенции и постсуицидального сопровождения. Позвольте себе некоторое упорство в том, чтобы разобраться со специфическим понятийным аппаратом, и вы получите структурное и прикладное понимание вопросов связанных с работой с суицидальным поведением.

Введение

Актуальность проблемы суицида

На всем протяжении человеческой истории попытки решить проблему суицидов занимали отдельное место в науке о человеке. Философы античности, средневековые священнослужители и доктора наук, ученые нового времени искали различные способы и подходы по сохранению жизни человека, решившегося на самоубийство, сознавая ее высокую ценность. Были выработаны технологические, социальные и нравственные подходы к проблематике.

Несмотря на многовековую историю изучения феномена суицидального поведения и различные подходы к прикладному решению поставленного вопроса, проблема остается актуальной.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2020 году статистика суицидов может составить более 1,5 миллионов случаев. На 2016 год суицид входит в число десяти наиболее распространенных причин смертности населения. А в социальной группе от 15 до 35 лет входит в первую тройку.

Количество случаев самоубийств, особенно в развитых странах, растет год от года, занимая среди причин смертности место рядом с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Суицид захватывает в большей части трудоспособное население подросткового и среднего возраста, что, несомненно, влияет на демографическую и экономическую ситуацию.

Известно, что случаи суицида оказывают значительное влияние на социальное окружение суицидента. Подобные ситуации становятся отдельным психотравмирующим фактором, как для семьи, так и для других участников референтной группы. В среднем, острые и отдаленные социально-психологические последствия затрагивают шесть человек.

Вышеперечисленные факты подчеркивают несомненную социальную значимость решения вопроса суицидов.

Со случаями суицидального поведения может столкнуться любой специалист социальной сферы: психолог, педагог, социальный работник, врач и другие. По данным различных источников, подобные обстоятельства становятся тяжелым в моральном и психологическом плане опытом. Положение осложняется тем, что на сегодняшний день нет общего и достаточно структурированного понимания и прикладного алгоритма работы, как в ситуации суицидального риска, так и после совершения попытки.

Разрозненные исследования социальной, психологической и клинической стороны вопроса суицидального поведения являются самодостаточными и полноценными, но требуют интегральной оценки и сопоставления для применения в прикладной работе по профилактике, кризисной интервенции и сопровождению в период после незавершенной попытки суицида.

Актуальность холистического подхода и создания прикладного алгоритма действий специалистов социально-психологического профиля подчеркивает важность составления общих методических рекомендаций по работе с суицидентами.

Целевая группа

Специалисты помогающих профессий (психологи, специалисты по социальной работе, педагоги, семейные консультанты и другие), осуществляющие работу с реципиентами¹ группы суицидального риска, а также встречающиеся с проявлениями суицидальных намерений или попыток.

Цель методического пособия

В связи с актуальностью проблематики суицида с социальной, психологической и прикладной точки зрения выделена следующая

¹ Реципиент – субъект на который направлена работа психолога, синоним – испытуемый.

цель: описать интегративную модель суицидального поведения и на ее основе сформировать прикладные рекомендации по профессиональной помощи в профилактике, кризисной интервенции и сопровождении в постсуицидальный период.

Задачи

1. Провести всесторонний теоретический анализ проблематики суицидов. Осветить психологический, социально-психологический и клинический подходы к проблематике.
2. Исследовать основные причины и механизмы формирования суицидальных побуждений, а также динамику суицидального поведения и интроспихической переработки в постсуицидальный период.
3. Описать интегративный подход к суицидальному поведению на разных этапах работы (пресуицид, кризисная интервенция, постсуицидальное сопровождение).
4. Сформировать практические, прикладные рекомендации для специалистов социального и психологического профиля по оказанию профессиональной помощи суицидентам на различных этапах (пресуицид, кризисная интервенция, постсуицидальное сопровождение).

Глава I. Основные теоретические подходы к феномену суицидального поведения в научной литературе.

1.1. Социально-психологический подход к проблеме суицидов по данным научной литературы.

Начало социального подхода относят к научным изысканиям Э. Дюркгейма. Социальная активность, общность культурных традиций и глубокая связь общества с удовлетворением социальных потребностей личности сформировали отношение к суициду, как к способу преодоления отчужденности от группы.

Дюркгейм считал, что достаточная степень развитости социальных связей «укореняет» человека и предохраняет его от чувств социальной отчужденности и одиночества. Культурные, ценностные аспекты такого общества входят в повседневную жизнь личности. Каждый член имеет представление о себе, как о незаменимой части целого, а аксиогенез² описан надличностной – социокультурной направленностью.

Такой социум не поощряет самоубийств. И поскольку общественные ценности принимаются всеми его членами, как неоспоримые и несущие благо в высшей степени, подобный тип общественной организации становится важным антисуицидальным фактором.

В обратном случае, когда общественные связи слабо интегрированы, между индивидом и референтной группой³

² Аксиогенез – процесс создания, привития ценностей (ценностных ориентаций) личности.

³ Референтная группа – непосредственное ближайшее окружение индивида, имеющее высокое для него значение.

существует значительная дистанция, ценности и культурные нормы разнонаправлены и не находят одобрения большинства, риск суицидального поведения выше. Причем, по мнению автора, рост числа самоубийств в подобных условиях не зависит от состояния физического и психического здоровья, политических, экономических и других факторов.

Сходную картину можно наблюдать в обществе с жесткой диктатурой, при которой все моральные и бытовые аспекты жизни человека строго регламентируются.

Не вызывает сомнения, что социальные факторы во многом влияют на количество случаев суицида в общности. Но в концепции Э. Дюркгейма есть два тезиса, активно подвергшихся критике. Первый состоит в том, что построение описанного выше общества с высокой степенью интеграции общественных и культурных ценностей – утопическая идея. Второй состоит в недооценке степени влияния личностных особенностей на отношения индивида в социальной группе и особенности переживания социальной фрустрации⁴.

В связи с последними замечаниями, в социальную концепцию суицида были внесены дополнения. Некоторые психологические особенности суицидентов⁵ нашли место в развитии концепции.

Социально-психологический подход к суициду был сформирован в полной мере в конце XX века. В его основу легли идеи психологического кризиса Дж. Каплана (Caplan, 1974) и Э. Линдемманна (1996). В рамках данного направления организованы государственные структуры по профилактике и сопровождению суицидентов.

Исходя из социально-психологических воззрений, не всякий психологический кризис может привести к попытке суицида. Суицидоопасным считается кризис, возникший по причине непреодолимого в данный момент препятствия на пути к достижению важных жизненных целей. В последующем,

⁴ Фрустрация – состояние напряжения, вызванное неудовлетворенностью тех или иных актуальных потребностей.

⁵ Суицидент – лицо склонное или совершившее суицидальный акт.

социально-психологическая фрустрация приводит к выраженной социальной дезадаптации⁶ и может привести к суицидальным попыткам.

Кризисные ситуации принято разделять на два типа: нормативные и ситуативные.

Под нормативным кризисом понимают естественные изменения, связанные с филогенезом⁷. В первую очередь здесь имеются в виду переходные периоды социально характера (первичные половые связи, уход из родительской семьи, профессиональное становление, создание семьи, рождение детей, смерть близких и другие). Общей для подобного рода кризисов является предопределенность, которая становится благоприятным фактором для осуществления мер превенции⁸ суицидов.

Ситуативные кризисы отличаются непредсказуемостью, то есть это неожиданные ситуации, ведущие к существенной фрустрации психологических, физических или социальных потребностей. Примеры подобных обстоятельств многообразные и разноплановые: дорожно-транспортные происшествия, травмы на производстве, изнасилования, потери работы и так далее.

Последователи социально-психологической концепции суицидов считают состояние кризиса особенностью взаимодействия между провоцирующим стимулом (собственно событием) и структурно-личностным звеном. Так общая последовательность, механизм формирования кризиса, оказывается сходным с узким приложением когнитивно-поведенческой концепции внутриспсихической реактивности. Таким образом, общая цепочка феноменологических⁹, взаимосвязанных этапов формирования кризисного состояния представлена в следующем виде:

⁶ Социальная дезадаптация - это частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды.

⁷ Филогенез – процесс естественного развития человека (физический и психологический, в данном случае).

⁸ Превенция - предупреждение, предохранение, предотвращение.

⁹ Феноменологический – безоценочный, реально наблюдаемый опыт или факт.

1. Активизирующее событие. Объективно или субъективно сложная жизненная ситуация;
2. Фрустрация важных физических, социальных или психологических потребностей;
3. Дефицит актуальной информации необходимой для решения кризисной ситуации.

Сочетание фрустрации с отсутствием информации способствует генерализации¹⁰ кризиса – его распространению на смежные сферы жизни. Что приводит к нарастающему напряжению и может способствовать суицидальным попыткам.

Приведем актуальный пример реализации данного алгоритма.

Клиент М. попал под наблюдение после незавершенной попытки суицида. Анализ ситуации показал, что активизирующим событием стала потеря работы и её последствия. Первичные реакции тревожного спектра сформировались в ситуации угрозы увольнения - сокращения на производстве. В подобных условиях М. трудился 1,5 месяца. После объявления решения об увольнении последовала аффективная реакция депрессивного характера, что, от части, обусловило трудности с последующим трудоустройством. Ещё через 2 месяца в семейных отношениях появилась эмоциональная напряженность. М. столкнулся с невозможностью решения сложившихся обстоятельств, своих эмоциональных переживаний, и в конечном счете предпринял попытку самоубийства посредством высокой дозы снотворного.

Генерализация кризисных состояний может приводить к частичной или полной утрате смысла жизни. Нарастает экзистенциальная тревога¹¹, которая субъективно переживается, по мнению В. Франкла, как безнадежность, пустота, глубокое чувство вины от собственной несостоятельности и самоосуждение. Такие состояния, обычно приводят к завершённым попыткам суицида, кроме случаев, когда они выражают призыв о помощи.

¹⁰ Генерализация – обобщение или распространение некоторого опыта из одной сферы жизни на остальные.

¹¹ Экзистенциальная тревога – тревога связанная с переживанием отчужденности собственного существования и выражающаяся в отсутствии понимания правильности принятых решений и поступков, а иногда вызванная ощущением их (решений и поступков) полной бессмысленности.

В соответствии с данной концепцией кризисов, приводящих с наибольшей вероятностью к суицидальным попыткам, построена модель динамического наблюдения служб, выполняющих социальные функции. Так же выведены факторы суицидального риска социально-психологического характера, которые позволяют оценить степень суицидальной опасности кризисной ситуации.

В первую очередь, к факторам риска относится возраст. Кризисные ситуации, которые способствуют фрустрации ведущих потребностей, наиболее опасны в следующих возрастных периодах: от 12 до 24: 45 и более лет.

Первый период (12-24) описан более высокой эмоциональной реактивностью¹² и отсутствием устойчивой социальной адаптации. В связи с чем велика вероятность генерализации кризисов, а так же выхода в аффективные состояния.

Стоит отметить, что в подростковом возрасте завершенными становится лишь 1% попыток. Так же, по данным Личко А.Е. всего 10% из всех случаев суицидальных попыток имеют целью самоубийство. Остальные представлены как своего рода призыв о помощи.

Возраст старше 45 лет, часто ассоциирован со снижением социальной значимости индивида. Снижение и прекращение в предпенсионном и пенсионном возрасте степени реализации социально значимых функций довольно часто становится неблагоприятным фактором, способствующим депрессивным состояниям и чувству отчужденности. Кризисные ситуации, сочетанные с фоновым состоянием, могут стать причиной суицидальных попыток.

Миграция выделяется следующим фактором, способствующим повышению суицидального риска, по данным Всероссийского суицидологического центра. В согласии с международным опытом,

¹² Реактивность – способность быстро, неосознанно отвечать (реагировать) на изменение окружающей среды. В данном случае под средой подразумевается социально-психологический контекст жизнедеятельности.

российские специалисты отмечают, что при миграции индивид испытывает напряжение адаптационных механизмов¹³.

Смена социального окружения, экономические и бытовые трудности, процесс ассимиляции с новой культурой и другие изменения могут приводить к обострению эмоционального состояния. В этих условиях любые значимые конфликты имеют почву для генерализации. Такой механизм в социально-психологическом подходе объясняет повышение суицидальных попыток среди мигрантов.

Следующий фактор относится к степени сформированности социальных, в первую очередь родственных, связей. В значительном числе случаев суицидальных попыток отмечается низкая степень социальной ответственности и отсутствие близких контактов. Данный фактор не имеет отношения к социальной депривации¹⁴. В первую очередь, имеется в виду степень и глубина рефлексивного контакта¹⁵ с ближайшим окружением.

Низкая социальная вовлеченность и ухудшение качества контактов часто являются показателями внутренних конфликтов. Первостепенное значение в динамике изменения отношений, связанной с внутрилличностным конфликтом, имеет механизм переноса¹⁶. Конфликтующие субличности¹⁷ провоцируют избыточное психическое напряжение, которое выносится вовне. Неосознанными внутрилличностными течениями и мотивами (драйвами по Фрейд) наделяются окружающие люди. Социум

¹³ Адаптационные механизмы – стратегия приспособления индивида (включает в себя различные для отдельного человека психологические характеристики), которая способствует процессу адаптации.

¹⁴ Депривация (лат. deprivation - потеря, лишение) - сокращение либо полное лишение возможности удовлетворять основные потребности - психофизиологические либо социальные.

¹⁵ Рефлексивный контакт – способ взаимодействия с окружением, при котором индивид осознает себя (свои чувства и потребности) и может донести их до собеседника, а так же осознает (через обратную связь) чувства и потребности собеседника. Такое взаимодействие строится на ответственности и доверии.

¹⁶ Перенос (или Трансфер от англ. transference) — психологический феномен, заключающийся в бессознательном переносе ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, совсем на другое лицо.

¹⁷ Субличность (часть личности) - представляет собой динамическую подструктуру личности, обладающую относительно независимым существованием.

становится отражением психического для такого индивида. В этом положении, естественно, снижается качество социальных связей и растет риск дезадаптации.

Это заключение наиболее актуально в среде подростков, поскольку референтная группа занимает ведущее место в ранге приоритетов в этом возрасте. Но и в случаях других возрастных групп имеет высокую значимость.

Исследования американских ученых реакции на стресс на 30 000 реципиентов показали, что при возникновении стресс-факторов и последующим социальным самоотчуждением существенно растет степень дезадаптации. В таких условиях риск суицидальных попыток, а также процент смертности от последствий дистресса¹⁸ достаточно высокий.

Существенное значение в повышении суицидального риска имеют прецеденты в семье. Здесь наблюдается рост готовности попытки суицида как импринт¹⁹ механизма совладания²⁰. Наиболее опасны интроекции²¹ подобных попыток в раннем возрасте, поскольку в последующем, они могут иметь достаточно сильное влияние. Соответственно, уровень их субъективного контроля сводится к минимуму.

При наличии суицидов в семейном анамнезе²² дополнительным спусковым фактором являются личностные особенности родителей. Например, их депрессивные эпизоды могут спровоцировать попытки самоубийства у детей. В общей форме

¹⁸ Дистресс – состояние стресса на стадии, оказывающей отрицательное воздействие на организм, дезорганизирующее влияние на деятельность и поведение.

¹⁹ Импринт (запечатленное) – неосознанно принятые в эмоционально значимой ситуации реакции, отношения, поведения, которые в последующем выступают бессознательным шаблоном.

²⁰ Механизм совладания (копинг-стратегии) - стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы, физическому, личностному и социальному благополучию.

²¹ Интроекция - включение индивидом в свой внутренний мир воспринимаемых им от других людей взглядов, мотивов, установок и пр. (интроёктов).

²² Анамнез - совокупность сведений, получаемых при обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц.

аффективные расстройства²³ старшего поколения относят к дополнительному фактору суицидальной динамики.

В снижении суицидального риска отмечают религиозный фактор. Подход к самоубийству, как к тяжкому греховному деянию, формирует высокую ценность жизни. Немаловажным является отношение религиозного человека к возникающим трудностям. В подавляющем большинстве кризисные ситуации интерпретируются как испытание или «воля господня». Подобные ценностные установки способствуют снижению суицидальной активности.

В рамках социально-психологического подхода было разработано несколько типологических моделей суицида. Дюркгейм выделял эгоистические, альтруистические и аномические типы суицидов. Различие состоит в степени включенности индивида в ценностное поле общества. Ч. Нейрингер различил возможный суицид, суицид игру, провокацию на себя, саморазрушающий суицид. Попытку вложить рациональные основания предпринял Е. Шнейдман. В его классификации нашли отражение следующие типы: логический суицид (при физическом страдании и сохранном сознании), палеологический (при расстройствах психики) и каталогический (нарушения семантического ядра и расщеплении сознания).

Подобные типологические модели имеют достаточно размытые критерии для классификации, а в некоторых случаях связаны только с интеграцией в макросоциальной²⁴ группе. Такие построения актуальны только для теоретических изысканий и не представляют какой-либо практической, прикладной ценности.

²³ Аффективные расстройства (расстройства настроения) – группа психических расстройств, связанная с преимущественными нарушениями в эмоциональной сфере.

²⁴ Макросоциум – большая группа людей (например, население Земли или отдельного государства). В данном случае обозначает членов группы объединенных одними культурными ценностями.

1.2. Клинико-психологический подход к проблеме суицидов по данным научной литературы.

Клинико-психологический подход к проблеме суицида составляет основу понимания внутреннего и внешнего феноменологического и аналитического описания суицидального поведения. На сегодняшний день данное направление имеет наибольшую разработанность. Исследование психиатров, психологов и психотерапевтов дают исчерпывающую картину психической динамики суицидента.

По данным статистики около 10% попыток суицида осуществляется людьми с психическими заболеваниями, около 20% психически здоровыми людьми и в 70% случаев людьми в пограничных состояниях. Соответственно, применение мер по предотвращению суицидального поведения необходимо в каждой из обозначенных групп. Так же, из разнородности характеристик группы суицидентов очевидна необходимость разносторонней подготовки специалистов, поскольку картина внутренней и внешней динамики²⁵ суицида отлична в каждой подгруппе (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Особенности динамики суицидального поведения в различных подгруппах продиктованы особенностями психической организации. Средства и методы, применяемые в зависимости от диагностированного психического состояния, отличаются. Прикладные исследования по работе с суицидентами дают основания для различения подходов применимых к подгруппе в нозологических состояниях²⁶ и подгруппе не имеющих патологических изменений.

²⁵ Внутренняя динамика суицида – процессы развития суицидального поведения, протекающие во внутреннем мире (психике) суицидента. Внешняя динамика подразумевает описание действий, наблюдаемых как бы со стороны.

²⁶ Нозологическое состояние – состояние болезни (с установленным диагнозом).

Суицид при психических патологиях.

Различные исследования суицидальных попыток в подгруппе с психической патологией дают возможность определить наиболее суицидогенные²⁷ расстройства. К ним относятся: аффективные расстройства (80% случаев), шизофрения (10% случаев), зависимости (10% случаев).

Решающими факторами, способствующими возрастанию суицидальных тенденций, при нозологических изменениях психики могут быть:

- реальные конфликты психически больного человека с близким окружением;
- патологические мотивы (параноидального, бредового свойства и другие);
- сам факт постановки диагноза психического расстройства и отношение к нему.

Суицидальный риск у лиц с психическими и поведенческими расстройствами часто коррелирует с темпом прогрессивности²⁸ заболевания, его психопатологическим оформлением, с давностью процесса и характером его течения. Особенно велика вероятность суицида при первых приступах заболевания, когда сохранно ядро личности, критика к состоянию и ситуации (Ефремов В.С., 2001).

Суицидальные попытки у больных шизофренией.

В отечественной научной литературе обозначено, что в среднем 40-50% больных шизофренией совершают как минимум одну попытку суицида. При этом пятая часть (около 20%) суицидов заканчивается летальным исходом (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Гулямов М.Г. и Бессонов Ю. В. отмечают значительное количество случаев суицидальных попыток у больных прогредиентной

²⁷ Суицидогенные – способствующие развитию суицидального поведения.

²⁸ Прогрессиентность – возрастание, наращивание темпов развития.

шизофренией²⁹ с синдромом Кандинского-Клерамбо³⁰. На высокий риск самоубийства при шизофрении указывают бредовые идеи преследования или воздействия, острое начало приступа, наличие угрожающих или приказывающих «голосов», сенестопатий³¹ и дисморфофобии³².

Большинством психиатров отмечается стойкость аутоагрессивных³³ тенденций и сохранность императивных³⁴ галлюцинаций даже после купирования депрессивного синдрома. Данные обстоятельства указывают на отсутствие связи суицидальных замыслов с депрессивной симптоматикой. Ведущую роль играет содержание внутриличностного конфликта, в подавляющем большинстве случаев отражающего утрату смысла жизни. Со временем эти переживания оформляются в устойчивую позицию личности, что в значительной мере повышает риск суицидальных попыток (Данилова М.Б., Пепеляева Т.И., 1987).

Так же известно, что прерванные или незаконченные попытки суицида у больных шизофренией имеют высокую вероятность повторения.

В картине суицида при шизофрении выделяют внезапность, импульсивность попыток и сочетанный способ лишения себя жизни, как характерную особенность. Личко А.Е. (Личко А.Е.,

²⁹ Проградиентная шизофрения – вид шизофрении, характеризующийся постепенным усугублением симптоматики – нарастающим психическим дефектом. Может быть непрерывной или приступообразной.

³⁰ Синдром Кандинского-Клерамбо (синдром психического автоматизма) - одна из разновидностей галлюцинаторно-параноидного синдрома; включает в себя псевдогаллюцинации (голос в голове, «видинение» внутренним зрением или третьим глазом и др.), бредовые идеи воздействия на пациента (психического и физического характера) и явления психического автоматизма (чувство отчужденности, неестественности, «сделанности» собственных движений, поступков и мышления).

³¹ Сенестопатия - тягостное, неприятное телесное ощущение на поверхности тела или во внутренних органах, лишённое предметности (нет указания на источник этих ощущений, чем отличается от висцеральных галлюцинаций), возникающее в отсутствие объективного патологического процесса в месте её локализации.

³² Дисморфофобия – расстройство при котором ведущим симптомом является сильное беспокойство пациента относительно возможной или реальной (но, при этом не значимой) измененности его тела.

³³ Аутоагрессия – агрессия направленная на самого себя.

³⁴ Императивный – внушающий, давящий, приказывающий.

1989), описывая суицидальное поведение подростков, страдающих шизофренией, заметил амбивалентность попыток, отсутствие внешнего повода, а также бессмысленность и жестокость, которые обуславливают высокую смертность.

Приведенные выше обстоятельства подчеркивают важность длительного сопровождения и внимательного отношения к проявлениям аутоагрессии больных шизофренией, как при нахождении в стационаре, так и при амбулаторном наблюдении.

Суицидальный риск у больных шизофренией значительно возрастает в периоды, выделенные рядом исследователей, что указывает на заострение вопроса превенции суицидальных попыток.

Амбрумова А.Г. и Тихоненко В.А. отмечают, что наиболее суицидоопасными являются первые 3–5 лет заболевания (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Бачериков Н.Е. и Згонников П.Т. (1989), проанализировав 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией, пришли к выводу, что их максимум у женщин приходится на 3–4-й и 7–8-й годы, а у мужчин — через год, 4 и 9 лет от начала заболевания. Высокий риск при первичной и повторной госпитализации находит подтверждение во всех исследованиях (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Данилова М.Б. и Пепеляева Т.И. выявили следующие мотивы суицидального поведения больных шизофренией (Данилова М.Б., Пепеляева Т.И., 1987):

- неопределенная угроза (переживания интенсивного качественно к неопределенного страха по типу надвигающейся катастрофы);
- угроза жизни (переживание конкретного страха за жизнь);
- угроза личностного опустошения и деградации (переживание нарастающей психической дезорганизации);

- изменение мировосприятия (переживание утраты способности эмоционального реагирования на окружающее);
- изменение самоощущения (переживание собственной измененности);
- несправедливое отношение (переживание незаслуженного обвинения, осуждения),
- преследование (переживание несправедливого «гонения» со стороны окружающих);
- соматическое заболевание, физическое страдание (переживание наличия опасной для жизни болезни, уродства);
- потеря значимого другого (переживание утраты близкого человека);
- изменение привычного стереотипа жизни, одиночества (переживания, связанные с социальной изоляцией, неблагоприятным изменением уклада жизни),
- страдания и несчастья других (переживания самоосуждения, самообвинения),
- несостоятельность (переживание собственной неполноценности);
- падение престижа (переживание низкой оценки себя со стороны окружающих);
- первичная утрата смысла жизни (переживание бесцельности и бессмысленности собственного существования).

Суицидогенные конфликты могут быть выражением своеобразия мировосприятия, обусловленного продуктивной симптоматикой и личностными изменениями (Данилова М.Б., Пепеляева Т.И., 1987). Они часто не имеют реалистичной основы. Например, социальная среда может быть воспринята как непреодолимое препятствие на пути реализации ведущих ценностей в значимых формах поведения.

Обобщая вышеизложенное, обозначим три типа суицидальных попыток у больных шизофренией.

Первый тип связан с психогенными³⁵ реакциями еще сохранный личности на наличие и динамику заболевания. Наиболее опасными считаются периоды постановки диагноза при первой госпитализации, а также вторая и третья госпитализация с рецидивом³⁶. Исследование подобных случаев показывает, что наличие критики к состоянию обуславливает сходность причин роста суицидального поведения с подгруппой людей, не имеющих психической патологии. В основном это нарушение социальной адаптации, потери значимых связей (одиночество), социально-психологические ограничения и другие.

Второй тип часто наблюдается в простой форме шизофрении. Он характеризуется специфическими, полярными, не редко эксцентричными формами интерпретации окружающей реальности. Такая склонность не обусловлена напрямую ведущим симптомокомплексом³⁷. Подобные тенденции наиболее явно прослеживаются у людей с инфантильными защитными механизмами (в основном регрессия и магическое мышление). Событиям, происходящим с индивидом, придается «своеобразное» значение, которое может мешать выработке адекватных реакций на происходящее. В таких условиях к суицидальным попыткам приводит само искаженное восприятие смыслов ситуативного ряда, имеющее достаточно часто меланхолический оттенок³⁸.

Третий тип определяется собственно психопатологическими изменениями. Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно–параноидный, аффективно–бредовый, галлюцинаторно–параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суицидального содержания, атипичные депрессии.

Для больных шизофренией выделены специфические факторы риска суицидальных попыток. К ним относятся:

1. Молодой возраст.

³⁵ Психогенный – имеющий начало в психике.

³⁶ Рецидив (срыв) – повторный эпизод появления симптомов болезни.

³⁷ Симптомокомплекс – совокупность наблюдаемых симптомов заболевания.

³⁸ Имеется в виду интерпретация происходящих событий с приданием им негативной, меланхолической окраски.

2. Высокий интеллект.
3. Первый эпизод.
4. Суицид в анамнезе.
5. Преобладание депрессивной и тревожной симптоматики.
6. Императивный галлюциноз (галлюцинации, приказывающие совершать те или иные действия).
7. Употребление ПАВ (алкоголь, наркотики).
8. Первые три месяца после выписки.
9. Неэффективность или выраженные побочные эффекты препаратов.
10. Социальные проблемы в связи с заболеванием.

Суицидальные попытки при аффективных расстройствах.

К аффективным расстройствам, значительно повышающим риск суицидальных попыток относятся: биполярное аффективное расстройство (БАР) и депрессия (депрессивный эпизод). Известно, что при подобных патологиях обострение внутриличностного конфликта может быть вызвано, как патологической активностью (ведущими синдромами психопатологии), так и противоречиями индивида с внешней средой.

Биполярное аффективное расстройство, ранее называемое маниакально депрессивный психоз, в своей основе имеет крайние, полярные периоды смены настроения. Выделяют два основных аффективных полюса: маниакальный и депрессивный (Карвасарски Б.Д., 1998).

В маниакальном периоде у больного БАР наблюдается повышенная эмоциональная активность, эйфория, двигательная расторможенность, часто повышенное стремление к социальным контактам, навязчивые и бредовые идеи, ускоренное мышление (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

В депрессивном периоде преобладает сниженный фон настроения, двигательная и эмоциональная заторможенность, абулия, апатия, негативное восприятие себя и окружающего мира, заторможенное мышление и другие симптомы (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

При этом суицидальные тенденции наблюдаются примерно у 50% больных, а суицидальные попытки у 25% (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Отмечается, что суицидальный риск у больных БАР наиболее вероятен в депрессивных фазах, периоды рецидива и при первичной постановке диагноза.

При первичной постановке диагноза БАР, сам факт имеет часто травмирующую природу. Данное заболевание относится к психотическим, соответственно накладывает значительные социальные ограничения (лишение водительских прав, сложности трудоустройства и другие). Так же имеет немаловажное значение стигматизация психиатрических психопатологий, которая может быть заметна в отношении не общества в целом, но ближайшего окружения. В то же время, большинству пациентов с БАР необходима постоянная поддержка и обратная связь окружения, для стабилизации состояния в периоды ремиссии.

В депрессивной фазе наиболее опасными, с точки зрения суицидального риска, считаются легкие и средние по тяжести депрессивные периоды. В подобных случаях сохраняется реакция больных на события и воздействия окружающей среды, а также сохранна критика (личностные установки и системы отношений). Ведущими в структуре мотивов при этом становятся психогенные факторы: реальные конфликты с окружающей действительностью, ощущение себя больным человеком, депрессивная персонализация, душевная боль (Амбрумова А.Г., 1986).

В глубоких депрессиях в мотивационной сфере суицидального поведения преобладают психотические факторы. Наиболее опасными считаются бред вины, бредовые идеи самоуничтожения, ушербности, ипохондрия и бред Котара³⁹.

Суицидальные попытки, как проявление реакции на заболевание имеют прямую зависимость от длительности и тяжести течения заболевания. Наиболее опасными считаются периоды, описанные

³⁹ Бред Котара - нигилистически-ипохондрический депрессивный бред с фантастическим содержанием и идеями грандиозности и отрицания (мировые катаклизмы, всеобщая гибель и пр.).

длительными депрессивными эпизодами (около 4 месяцев), малыми периодами ремиссии и частыми рецидивами. Осложняющим фактором является резкая смена аффективных фаз (Амбрумова А.Г., 1986).

Соответственно, суицидальные попытки при БАР могут быть обобщенно разделены на два типа: ситуативные (психогенные) и психотические. На этапе рецидива аффективного расстройства чаще всего имеют место психотические типы суицидального поведения. На этапах инициализации и перехода в ремиссию⁴⁰ – ситуативные.

Отмечено, что наиболее частый способ суицида у больных БАР – отравление антидепрессантами. Отсюда вытекает важность и контроль приема препаратов, а также снижение частоты назначения трициклических антидепрессантов (Блох С., Чодофф П., 1998).

У пациентов с депрессивным эпизодом, вне зависимости от этиологии, проявления суицидальной активности обнаруживают достаточное сходство с тенденциями при БАР в депрессивной фазе. В большинстве случаев по сведениям Десятникова В.Ф., Сорокиной Т.Т. (Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т., 1981) соотношение суицидальных тенденций к попыткам суицида составляет 5 к 1.

Истинные суициды при депрессивном эпизоде, чаще всего возникают в астено-невротический⁴¹ период. На фоне общей астенизации⁴² (по триаде симптомов аффективных расстройств⁴³) в сочетании с самоуничжительными навязчивыми идеями разворачивается внутренний конфликт (Комер Р., 2002). Этот процесс может занимать от нескольких дней до нескольких недель (Ефремов В.С, Тогилов В.А., 2000).

⁴⁰ Ремиссия – период течения хронической болезни, который проявляется значительным ослаблением (неполная ремиссия) или исчезновением (полная ремиссия) её симптомов (признаков заболевания).

⁴¹ Астено-невротический период - проявляется в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению.

⁴² Астенизация – процесс или результат истощения ресурсов нервной системы.

⁴³ Триада симптомов аффективных расстройств включает: симптомы нарушения эмоциональной, волевой сферы и мышления.

В большинстве случаев (примерно, в 80%) больные прямо или косвенно заявляют о намерении покончить жизнь самоубийством. К косвенным признакам часто можно отнести желание «привести дела в порядок», раздаривание вещей, резкое улучшение самочувствия, шутки о самоубийстве или рассуждения о том, что будет после их смерти (Конангук Н.В., 1988).

Демонстративно-шантажные попытки при депрессии, в большинстве случаев, имеют под собой мотивы протеста или призыва о помощи (Краснов В.Я., 1989). При этом, после суицидального акта, наблюдается усугубление депрессивных симптомов, что способствует негативной динамике заболевания.

Суицидальный риск у этих лиц обусловлен не только личностными, но и ситуационными факторами, которые коррелируют с типами расстройств личности. В некоторых случаях определенную роль в генезе суицидального поведения играют и эндогенные⁴⁴ факторы: «фазы угнетения», аффективные сдвиги (Леонгард К., 1997) (Личко А.Е., 1983).

В детском возрасте развитие суицидальных тенденций наблюдается обычно при астеническом, тревожном, фобическом или ипохондрическом содержании депрессивного синдрома. В подростковом — при тех же состояниях, а также при развитии ажитированной депрессии или депрессии с истерическими компонентами.

Суицид при пограничных состояниях.

Согласно исследованиям Амбрумовой А.Г. и Тихоненко В.А. (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980), большую часть суицидов составляют люди с пограничными расстройствами психики. Наиболее высокий суицидальный риск представляют психопатические личности (около 25%), второе место занимает

⁴⁴ Эндогенные заболевания - болезни, которые основаны на наследственной предрасположенности.

алкоголизм (19%), третье — реактивные состояния (14,5 %), четвертое — непатологические ситуационные реакции практически здоровых лиц (13,5 %) (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Суицидальное поведение при психопатиях и акцентуациях характера

По различным данным на долю расстройств личности приходится от 20% до 60% суицидальных попыток. Клинические исследования лиц с заостренными чертами характера показывают, что в большинстве случаев речь идет об акцентуированных чертах, не достигающих патологического края (психопатии⁴⁵). В этой связи выделены характеристики психоэмоциональной сферы отличительные для суицидентов. К ним относятся: эмоциональную зависимость; шизоидность; застревание аффекта; эмоционально-вегетативную лабильность; импульсивную, недифференцированную агрессивность, провоцирующую большое количество конфликтных ситуаций; склонность к разрушению и саморазрушению; особое отношение к смерти (Зиновьев С.В., 2002).

По наблюдениям Старшенбаум Г.В. (Старшенбаум Г.В., 2005) на материале 50 больных с психопатическими чертами удалось установить, что 25 из них (50%) предприняли попытку суицида перед поступлением на стационарное лечение. При этом расстройство личности выступает фактором устойчивости суицидального поведения. Эти данные находят подтверждение в результатах сбора анамнеза, который показал, что 33 из них имели попытки суицида прежде.

Так же автор выделяет три наиболее актуальных типа суицидоопасных реакций, свойственных лицам с психопатией: аффективный, истерический, астено-апатический (Старшенбаум Г.В., 2005).

Аффективная суицидоопасная реакция характеризуется переживаниями тоски, тревоги или гнева, которые имеют аутоагрессивную направленность и отражают тенденцию к призыву

⁴⁵ Психопатия – стойкая патология характера, описанная преобладанием одной из черт характера, ее тотальным доминированием в жизни индивида.

о помощи или к протесту и мести. У аффективных личностей в ситуации утраты близких и других высокозначимых ценностей развиваются преимущественно тоскливо-депрессивные состояния с выраженностью тоскливого аффекта, переживаемого как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, головы, сопровождающееся мыслями о несправедливости переносимых страданий, депрессивной переоценкой прошлого при наличии не резко выраженной психомоторной заторможенности. В ситуации угрозы утраты (значимых лиц, социального статуса, здоровья и т. д.) в клинической картине на первое место выступает тревога, доходящая порой до ажитации, на фоне которой пациенты заявляют о непереносимости своих страданий и желании смерти как избавления от них. В основе подобных состояний, в отличие от тоскливо-депрессивных, лежит стенический⁴⁶ компонент, что повышает суицидальный риск у этих пациентов. Еще более высок суицидальный риск при дисфорической⁴⁷ модальности аффекта, который развивается у возбудимых личностей и характеризуется взрывами гнева, брани, угрозами на фоне злобного и мрачного настроения. Иногда больные совершают агрессивные поступки в адрес обидчиков, но чаще гетероагрессивные тенденции по тем или иным причинам реализовать оказывается невозможным и они трансформируются в аутоагрессивные «разряды».

Истерическая суицидоопасная реакция по личностному смыслу является реакцией призыва, «крика о помощи». Суицидальное поведение играет роль последнего способа привлечь внимание значимых других лиц к своим страданиям, добиться улучшения отношения к себе в ситуации межличностного конфликта. Реакция развивается у истерических и возбудимых личностей и протекает в форме двух вариантов. При первом на фоне сниженного настроения отмечается плаксивость, опасения за свое здоровье, выраженные вегетативные расстройства. Пациенты упрекают близких в нечувственности, жалуются на чувство одиночества, отсутствие поддержки, невозможность переносить свои страдания и самостоятельно разрешить кризисную проблему. Во втором варианте на первое место выступает дисфорический фон

⁴⁶ Стенический – активный, связанный с возбуждением.

⁴⁷ Дисфория — форма болезненно-пониженного настроения (антоним слова «эйфория»), характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим.

настроения. Больные склонны обвинять окружающих в собственных неприятностях, критиковать порядки, в том числе организацию лечения и тактику врача, требуют особого отношения, легко вступают в конфликты с больными и медперсоналом, часто угрожают суицидом, а иногда во время очередного конфликта демонстрируют свое намерение совершить самоубийство.

Астено-апатическая суицидоопасная реакция возникает у астенических личностей чаще при внутриличностных конфликтах, нередко имеющих длительное развитие. При этом формируется пассивная позиция личности с тенденцией к изоляции. Больные жалуются на подавленность, безразличие, вялость, быструю утомляемость. При дополнительной психической травматизации остро возникают вспышки раздражения со слезами, чувством беспомощности, отказом от контактов. Суицидные попытки у этих больных носят характер избегания (наказания, страданий) или отказа (от жизни), отличаются наиболее высоким из всей группы психопатических личностей суицидным риском и максимально выраженной тенденцией к хроническому суицидальному поведению.

Подобные наблюдения ранее были описаны Личко А.Е. при определении типов акцентуаций сопутствующих различным типам суицидального поведения.

Личко А.Е. были выделены три типа суицидального поведения: демонстративное, аффективное и истинное (Ефремов В.С., 2004). Изученные случаи суицидальных попыток дают основания для выделения тенденциозных связей между некоторыми типами акцентуаций характера и типом суицидального поведения. Так, ведущее место при аффективном суицидальном поведении занимают лабильный и лабильно-истероидный типы. При демонстративном суицидальном поведении доминируют истероидный, истероидно-неустойчивый, гипертимно-истероидный типы. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного типа (Личко А.Е., 1983)⁴⁸.

⁴⁸ Описание основных типов акцентуаций характера по Личко А.Е. вы можете найти в приложении №5.

Результаты исследования Колесниковой И.С. и Церковниковой Н.Г. (Колесникова И.С., Церковникова Н.Г., 2014) показали значимые корреляционные связи между шкалой суицидального риска и некоторыми типами акцентуаций характера у подростков. Для исследования использовались стандартизированные методики: методика СР-45 Юцкевича П.И. (суицидальный риск) и опросник Леонгарда-Шмишека.

Прямая значимая корреляционная связь суицидального риска выявлена для следующих типов акцентуаций характера у подростков: демонстративный, дистимический, возбудимый, застревающий. В данном случае, обнаруженные тенденции имеют важное значение, поскольку могут стать независимым фактором для диагностики суицидального риска и формировании групп динамического наблюдения. При этом, чем выше показатели выраженности акцентуации, тем выше суицидальный риск (Колесникова И.С., Церковникова Н.Г., 2014).

Исследования Лазарашвили И.С. некоторых видов психопатий показали подробную динамику суицидального поведения и постсуицидальный период лиц страдающих психопатией (Лазарашвили И.С., 1986).

Лазарашвили И.С. отмечает, что *при психопатиях возбудимого круга* (эпилептоидный, возбудимый, параноидный типы) имеют собственные тенденции развития. В пресуицидальном периоде отмечаются тревожно-депрессивные, тоскливо-депрессивные, дисфорические и псевдораптоидные реакции. Первые три вида реакций формируются в ответ на объективные стрессовые обстоятельства (потеря близких, потеря работы, смена социального статуса и другие) или разлад в значимых отношениях (микросоциальный конфликт). В этих случаях наблюдается острая динамика пресуицида. Чаще всего самоубийство совершается тем, что оказалось под рукой. По этой причине в подобных случаях самопорезы и отравления бытовыми средствами преобладают среди остальных методов. Псевдораптоидные⁴⁹ реакции

⁴⁹ Раптоидные состояния: больной стонет, рыдает, мечется, стремится к самоповреждениям, ломает руки. Преобладают жалобы на «нестерпимую тоску» или «отчаяние». Свою ситуацию считает безысходной, безнадежной, беспросветной, существование - невыносимым.

формируются в затяжных психотравмирующих обстоятельствах, вызванных нарушением значимых отношений, а так же социальной дезадаптацией.

Постсуицидальные⁵⁰ тенденции при психопатиях возбудимого круга носят фиксированный на суициде или манипулятивный характер. В первом случае при отсутствии разрешения психотравмирующей ситуации происходит рост напряжения адаптационных механизмов (декомпенсация⁵¹) и углублением дезадаптации. Это часто приводит к повторным истинным попыткам. Во втором случае, при изменении ситуации психотравмы, возникают психические образования псевдоадаптации и периодическими рецидивами (Старшенбаум Г.В., 2005).

Суицидальные попытки у лиц с психопатиями возбудимого круга выступают в роли разрядки аффекта. Тем не менее, каждое повторение создает все большую готовность и импульсивность суицидальных действий, часто приводящих в последующем к летальному исходу.

У лиц с психопатиями астенического круга (астенический, шизоидный, дистимический, психастенический, сензитивный типы) суицидальное поведение появляется на фоне длительно воздействующей психотравмирующей ситуации. У этих больных наблюдаются несколько характерных реакций.

Астено-депрессивная реакция описана угнетенностью, быстрой утомляемостью (астенией) иногда сопутствующей тревожностью. Суицидальные помыслы возникают периодически, ситуативно. При обострении психотравмирующей ситуации пассивные суицидальные тенденции выходят на передний план и приводят к истинной попытке суицида. Чаще всего она имеет характер призыва. Постсуицидальный период чаще по аналитическому типу.

⁵⁰ Постсуицидальный период – период времени после совершения попытки суицида. Подробное описание приводится в Главе II п.2.3.

⁵¹ Декомпенсация (от лат. de... — приставка, обозначающая отсутствие, и compensatio — уравнивание, возмещение) — нарушение нормального функционирования отдельной части системы или системы в целом, наступающее вследствие истощения возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов к патологическим изменениям, вызванным заболеванием.

Астено-сензитивная реакция характеризуется более выраженным истощением и эмоциональной лабильностью⁵². Аффективные вспышки агрессии быстро сменяются слезливостью, нарастающим чувством вины и беспомощности, ощущением неспособности своими силами преодолеть психотравмирующие обстоятельства. Негативные изменения ситуации сопровождаются избеганием и отказом от деятельности. Суицидальные попытки имеют обычно истинный характер и тяжелые последствия. Постсуицидальный период по критическому либо аналитическому типу (Лазарашвили И.С., 1986).

Соматопсихические реакции⁵³ проявляются кинестетическими болезненными иллюзиями. Пациенты боятся, что имеют какое-то серьезное или неизлечимое заболевание. Эта реакция сопровождается повышенной тревожностью, страхом за свое будущее, нозофобией, нарушением сна. Подобное состояние провоцирует истинные попытки суицида, по мотиву избегания негативных последствий развития симптомов дискомфорта. Постсуицид чаще суицидально-фиксированный. Нарастающие ипохондрические тенденции и усугубление психопатических черт не редко приводят к повторным истинным попыткам.

Вне зависимости от реакции у суицидентов с психопатиями астенического круга со временем происходит нарастание степени дезадаптации. Хронические проявления дезадаптации становятся фактором, который обуславливает наивысшую степень суицидального риска у лиц с психопатиями астенического круга, по сравнению с остальными. Последующие попытки являются истинными и осуществляются с учетом прошлого опыта (Старшенбаум Г.В., 2005).

Отдельно рассматриваются *суицидальные попытки истероидных личностей* (относящихся к психопатиям возбудимого круга) в связи с особенностями характерных проявлений суицидальных тенденций.

⁵² Эмоциональная лабильность – это патология нервной системы, характеризующаяся неустойчивостью настроения, его резкими перепадами без видимых причин.

⁵³ Соматопсихические реакции – реакции психики на физические болезни, в виде их субъективной интерпретации.

Истероидные личности проявляют несколько типичных видов суицидальных реакций: истеро-ипохондрическая (проявляется тревожностью, сенестопатиями и вегетативными расстройствами), оппозиционный аффект (обвинение других в своих неприятностях и агрессивность), дезорганизация поведения (аффективная реакция на острую психотравму с немедленным отреагированием суицидальным поведением), сужения сознания (острая реакция на психотравму фиксацией на психотравмирующих обстоятельствах).

Среди обозначенных реакций, только в последнем случае (сужение сознания) риск истинной суицидальной попытки высокий. Постсуицидальный период может быть суицидально-фиксированным или манипулятивным.

В остальных попытки имеют протестный, демонстративно-шантажный характер. В постсуицидальном периоде доминирует манипулятивный тип, гораздо реже встречается критический.

У истероидных пациентов не редко при возникновении психотравмирующих обстоятельств в последующем, возникают повторные попытки суицида демонстративно-шантажные попытки. Риск летального исхода имеет прямую зависимость от степени выраженности аффекта. При значительной выраженности эмоциональной реакции может случайно нанести себе больший вред, чем планировалось (Лазарашвили И.С., 1986).

Истинный суицид у истерических психопатов наиболее вероятен при сужении сознания, а так же как способ мести.

При описании постсуицидального периода использовалась типология, включающая в себя четыре типа: критичный, манипулятивный, аналитический и суицидально-фиксированный (Амбрумова А.Г., 1986).

1. **Критичный.** Конфликт (внутренний или социальный) утратил свою значимость. Суицидальных тенденций нет. Часто наблюдается стыд за совершенный суицид, страх летального исхода. Рецидив маловероятен.

2. **Манипулятивный.** Значимость конфликтной ситуации снижается за счет акта суицида. Суицидальных тенденций нет. Часто встречается легкое раскаяние. Сохраняется высокая вероятность повторных демонстративно-шантажных попыток для решения последующих конфликтов.
3. **Аналитический.** Конфликт по-прежнему актуален. Суицидальных тенденций нет. Наблюдается чувство вины и стыда за совершенную попытку. Пациент нацелен на поиск вариантов решения конфликта. При отсутствии таковых вероятен рецидив с высоким риском смерти.
4. **Суицидально-фиксированный.** Конфликт остается не решенным и актуальным. Суицидальные тенденции сохранены (проявлены). Отношение к суициду положительное. При этом типе постсуицида необходим жесткий контроль и интенсивные терапевтические интервенции.

Суицидальное поведение при употреблении психоактивных веществ (ПАВ)

Суицидальное поведение при употреблении ПАВ связаны с патологическими личностными изменениями вследствие употребления ПАВ. В основном, аутоагрессивное поведение у таких пациентов представлено двумя формами: собственно суицидальные намерения (попытки) и несуйцидальные формы членовредительства (самопорезы, передозировка и так далее).

У зависимых от употребления ПАВ истинный суицид чаще всего протекает в импульсивной форме. И возникает в период наивысшего напряжения импульсивного влечения.

Среди суицидальных факторов у зависимых от ПАВ, по результатам исследований, выделяют триаду наиболее значимых:

1. Особенности психопатизации⁵⁴ личности вследствие употребления ПАВ;
2. Степень зависимости (сила влечения к ПАВ);
3. Личностная значимость микросоциального⁵⁵ конфликта.

С помощью отдельных факторов проведена грань, отличающая суицидальное поведение от остальных форм аутоагрессии у зависимых пациентов. Например, при снижении значимости конфликта ведущее место в мотивации аутоагрессии занимает сила патологического влечения к ПАВ. В подобных случаях наблюдаются различные формы аутоагрессии не суицидального характера (передозировки, самопорезы, прижигания, расцарапывание кожи и другие).

В возникновении суицидальной динамики имеет высокое значение изменение аффективной сферы личности и воздействие социальной среды. Патологические сдвиги проявляются в специфических расстройствах эмоционально-волевой сферы и составляют вторичную психопатизацию при употреблении ПАВ. Принято выделять три типа вторичной наркотической психопатизации (представлены в таблице №1).

Таблица №1. Типы психопатизации при употреблении ПАВ.

Тип	Эмоционально– неустойчивый	Депрессивный	Дисфорический
Виды	1) сензитивный 2) истероидный	1) дистимический 2) тоскливо– депрессивный 3) тревожно– депрессивный	1) эксплозивный 2) ригидный

⁵⁴ Психопатизация – процесс ведущий к заострению определенных черт характера – психопатии.

⁵⁵ Микросоциум – ближайшее окружение индивида.

Суицидальное поведение лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ отличается в разных типах психопатизации:

1. *Истинные суицидальные попытки* представлены преимущественно депрессивным типом вторичной наркотической психопатизации личности, малой выраженностью наркотического влечения и высокой личной значимостью психотравмирующего фактора.
2. *Демонстративно–шантажное суицидальное поведение* чаще всего определяется эмоционально–неустойчивым типом вторичной наркотической психопатизации личности, навязчивым влечением к наркотическому препарату и локализацией суицидального конфликта в сфере актуальной наркотической потребности. Внешний микросоциальный конфликт мало значим для суицидента.
3. *Суицидальные попытки по типу импульсивных*, преимущественно дисфорическим типом наркотической психопатизации, выраженным компульсивным влечением и внутренним конфликтом в сфере актуальной потребности в наркотизации. Роль пускового механизма играет, как правило, микросоциальный конфликт.

Поскольку у некоторых пациентов зависимых от ПАВ социальная среда ограничена узким кругом референтной группы, значимость конфликта в микросоциальной группе снижается. Поэтому на ведущее место в суицидальной динамике выходят:

- обострение влечения (невозможность употребления);

- степень наркотической психопатизации;
- интенсивность абстинентного синдрома.

При употреблении алкоголя суицидальное поведение часто связано с сопутствующими акцентуированными чертами личности. Особенно эта связь выражена среди молодых реципиентов (Личко А.Е., 1983). Так же наблюдаются зависимости от степени невротизации⁵⁶ и сопутствующего соматоформного расстройства⁵⁷. Последние – имеют меньший вес.

В случаях алкогольной интоксикации суицид имеет два возможных варианта. Первый, когда алкоголь используется как снижающее тревогу средство, после принятия решения о попытке суицида. Второй – использование алкоголя, как средства ухода от проблемы (внутриличностного или социального конфликта). В таких случаях, например при дисфорическом или эксплозивном типе опьянения, проблема может стать субъективно не переносимой. Алкоголь усугубляет чувство безысходности, стимулирует эскалацию⁵⁸ чувства вины, тревоги ожидания и других эмоциональных реакций. В таком состоянии может наступить разрядка в виде суицидальной попытки.

На первой стадии алкоголизма суицидальное поведение, в подавляющем большинстве случаев связано с реактивными депрессиями⁵⁹. Их длительное развитие обуславливает затяжной период пресуицида⁶⁰. На второй стадии ведущее место среди суицидогенных факторов занимают особенности переживания абстинентного синдрома (Лушев Н.Е., 1986). В первую очередь это переживания дисфорического, депрессивного или тревожно-депрессивного аффекта с навязчивыми идеями самообвинения –

⁵⁶ Невротизация – процесс, ведущий к развитию невротических расстройств (неврозов).

⁵⁷ Соматоформное расстройство – группа заболеваний психогенной природы, при которых психические проблемы пациента скрываются за соматическими (телесными) симптомами.

⁵⁸ Эскалация – нарастание.

⁵⁹ Реактивная депрессия — это тяжелые нарушения психологического и эмоционального состояния человека, которые развиваются в качестве реакции на какое-либо травмирующее событие.

⁶⁰ Пресуицид – период предвещающий попытку суицида.

комплекс вины (Елисеев И.М., 1981). На третьей стадии алкоголизма суицид наименее вероятен в связи с деструктивными личностными изменениями.

Употребление отличных от алкоголя ПАВ имеет собственную динамику. Обобщенно она представлена наивысшей вероятностью совершения самоубийства на второй стадии зависимости, когда в употреблении ПАВ складывается устоявшаяся система и наступает выраженная толерантность. В таких условиях нарастает психопатизация черт с выраженной их декомпенсацией, что значительно увеличивает риск суицидальных попыток (Тихоненко В.А., Цупрун В.Е., 1983).

Результаты исследования суицидального поведения зависимых от ПАВ выявили *основные антисуицидальные факторы*. К ним относятся решение аксиологических задач (долг, семья, любовь, важные социальные обязательства) при употреблении алкоголя и продолжение употребления ПАВ при наркотизации.

Суицид у психически здоровых людей.

Суицидальные попытки психически здоровых людей в большинстве случаев описаны двумя категориями:

1. Суицид при некоторых физических заболеваниях;
2. Аффективный суицид.

Аффективные суицидальные попытки.

Аффективные суицидальные попытки возникают обычно на фоне острой психотравмирующей ситуации или при накоплении негативного эмоционального потенциала, вследствие систематической фрустрации (Александровский Ю.А., 1976).

Соответственно, выделяют *два варианта пресуицидального периода*.

Первый – острый и быстротечный, часто сопровождается сужением сознания и искаженным восприятием окружающей действительности. У суицидента наблюдается фрагментарное

восприятие ситуации конфликта. Сужение и изоляция сознания на суицидальных тенденциях ограничивают восприятие окружающей действительности (не обращают внимания на окрик, не слышат аргументов, не способны на конструктивный разговор и так далее). Негативные эмоциональные состояния развиваются быстро, стремительно. Охваченность гневом, обидой, разочарованием и другими эмоциями заполняет все сознание, что объясняет отсутствие страха перед болью и смертью. В сущности, в таких случаях суицидальные попытки имеют классическую реактивную природу (Личко А. Е., Александров А. А., 1974).

Второй – развивается на фоне длительно, но постоянно действующей ситуации фрустрации. Таким образом, внутреннее напряжение нарастает не от острой психотравмирующей ситуации, но от пролонгированного переживания микротравм. В подобных случаях суицидальные попытки становятся для окружающих людей неожиданностью, поскольку в большинстве случаев повод для суицида либо отсутствует, либо бывает совершенно незначительным. Ситуация, побудившая такого суицидента к попытке самоубийства, является последней каплей, после которой защитные механизмы психики уже не справляются с накопленным напряжением и разряжаются в попытке суицида.

Вне зависимости от варианта пресуицидального периода суицидальные тенденции формируются быстро и при отсутствии сознательной переработки. В аффективном состоянии суицидальные идеи и действия имеют характер навязчивостей с высоким потенциалом к реализации (навязчивые императивы). Окружающая обстановка воспринимается через призму самоубийства, например, окружающие предметы воспринимаются как средства для суицида. Выбор одного из них обычно осуществляется из первых, попавших в поле внимания. При этом окружающие люди не принимаются во внимание, и суицидальная попытка может развернуться у них «на глазах».

Суицидальные попытки при различных заболеваниях.

Исследования всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показали, что 40-60% суицидентов обращались за медицинской помощью в среднем за месяц до попытки суицида. При этом превалирует обращение к врачам общего профиля (Всемирная

организация здравоохранения, 2000). У таких пациентов часто наблюдается коморбидность симптоматики (сочетанность нескольких заболеваний).

Данные статистики ВОЗ в своей сути отмечают одну из сторон дезадаптации, которая реализуется в увеличении дистресса и как следствие в снижении иммунитета. Но, некоторые специфические заболевания сами по себе несут суицидальный риск. К ним относят: заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы с последующей инвалидностью или значительным ограничением возможностей, онкология, СПИД, заболевания почек, органические заболевания мозга.

Во многих случаях хронического течения заболевания оно приводит к аффективным состояниям описанным выше. Чаще всего подобная динамика наблюдается при выраженном (объективно или субъективно) болевом синдроме. В остальных случаях ведущую роль играет значительное снижение качества жизни, ограничение в реализации своих жизненных целей, в том числе по причине неизбежного ближайшего летального исхода. В своей сути, таким образом, складывающиеся обстоятельства провоцируют психодуховный (экзистенциальный) кризис⁶¹, способный при хронификации⁶² привести к развитию суицидальных тенденций.

Отдельную категорию составляют органические заболевания мозга. В течение большинства заболеваний наблюдается постепенное развитие расстройств личности. При сочетании нарастающего (проградиентного) развития и усугубления симптоматики обостряются черты психопатизации. И как отмечалось в предыдущем абзаце главы (суицид при пограничных состояниях) при большей акцентуации черт характера значительно растёт суицидальный риск.

⁶¹ Экзистенциальный кризис — состояние тревоги, чувство глубокого психологического дискомфорта при вопросе о смысле существования.

⁶² Хронификация – процесс перехода заболевания в хроническую форму.

1.3. Типология суицидов интегральный подход.

Существует множество вариантов типологии суицидального поведения. Некоторые из них представлены в первой главе. Многие, по мнению автора, вряд ли могут быть существенными. Наиболее практичными и достаточно разработанными, с прикладной точки зрения, можно считать подходы, опирающиеся на теорию деятельности (Леонтьев А.Н., 1975; Выготский Л.С., 2001).

Понятие деятельности неразрывно связано с понятием мотива. Как указывает Леонтьев А.Н. (Леонтьев А.Н., 1975), деятельность без мотива не существует. Отсутствие явного или сознательного мотива указывает лишь на отсутствие осознания. То есть, «немотивированная» деятельность – деятельность, в основе которой лежат подсознательные (не представленные в сознании) мотивы.

Таким образом, психологический анализ макроструктуры человеческой деятельности выделяет: во-первых, отдельные деятельности — по критерию побуждающих их мотивов; во-вторых, — действия, подчиняющиеся сознательным целям; и, в-третьих — операции, которые непосредственно зависят от задач, т. е. условий достижения конкретных целей.

Благодаря отношениям, складывающимся между целью и мотивом, формируется личностный смысл — существенная характеристика сознания и личности (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Данная макроструктура наглядно демонстрирует способ анализа суицидального поведения. На уровне действий наблюдается их подчинённость конкретной цели – совершить попытку покончить жизнь самоубийством. В то же время, на уровне деятельности, подчиненной мотиву, суицидальная попытка выявляет фрустрированные потребности. Иными словами, суицидальное поведение призвано решить фрустрацию актуальной потребности. Так называемый сдвиг мотива на цель, когда цель – суицидальные попытки, превращается с самостоятельный мотив, происходит, по

мнению Амбрумовой А.Г., в ситуации конфликта лишь у дезадаптированных реципиентов (Амбрумова А.Г., 1986).

В гораздо более редких случаях суицидальное поведение выступает не на уровне действий, а как самостоятельная деятельность, т. е. цель и мотив самоубийства сливаются. Такие наблюдения относятся преимущественно к области психопатологии (так наз. «суицидомания», суициды при простой форме шизофрении и некоторые другие) (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Основанные на теории деятельности типологии используют для основания как описание действий и внутренней динамики развития цели, так и собственно побуждающие мотивы. Их использование, непосредственно в практике кризисной интервенции, помогает более детально анализировать ситуацию. Особенно это актуально в телефонном консультировании, при отсутствии непосредственного контакта. Так же, на этой основе построены некоторые из критериев оценки суицидального риска.

Первая типология основана на дифференцировке целей суицида. Она позволяет отличить собственно суицид от иных форм самодеструкции и включает в себя два типа: истинный суицид и демонстративно-шантажное поведение.

Цель истинного суицида заключается в лишении себя жизни. Суицидент ожидает тех последствий, которые за этим, по его предположениям, наступят (мотив). Степень, в которой смерть как исход, является желательной, может быть разной от случая к случаю. Часто, именно в связи с фактом различной желательности, происходит выбор средств и способов реализации.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение имеет целью показать намерение покончить с собой, но не смерть как таковую. С определенной регулярностью, подобные действия все-таки приводят к летальному исходу, в большинстве случаев по причине недооценки ситуации. Подобные действия, как и сходные с ними (членовредительство, например) не имеют в интенциональной основе мыслей о смерти, что влияет на выбор средств совершения попытки.

Демонстративно-шантажные попытки могут быть разделены на несколько видов, разработанных и описанных в подростковых группах суицидентов, но актуальные и в других возрастных категориях: демонстративно-шантажный суицид с агрессивной мотивацией, демонстративно-шантажный суицид с манипулятивной мотивацией и суицидальные попытки с мотивацией самоустранения (Вроно Е. М., Ратинова Н. А., 1989). Последние случаи (с мотивацией самоустранения) могут носить и истинный характер.

Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом.

Зачастую это дети и подростки из конфликтных семей, где нет асоциальности, но налицо полное отсутствие культуры взаимоотношений, неумение членов семьи облекать свои негативные переживания в социально приемлемые формы, сдерживать проявления отрицательных эмоций. Эти семьи отличаются педагогической несостоятельностью, воспитание сводится к несистематическим наказаниям, нередко жестоким, с применением физической силы. Поощрение практически не практикуется. Стиль родительского воспитания жестокий и непоследовательный вызывает страх, озлобление и чувство протеста. В младших классах школьная адаптация протекает без выраженных особенностей. Однако с усложнением программы и переходом к предметному обучению трудности резко нарастают, возникают конфликты с преподавателями, успеваемость резко падает, начинаются прогулы и формируется негативное отношение к обучению и школе в целом. В группе сверстников такие подростки чувствуют себя дискомфортно. Им свойственны несколько завышенные притязания, неудовлетворенность своим положением в группе; присущие им обидчивость и раздражительность ведут к конфликтным отношениям.

Первые проявления суицидальных действий наблюдаются обычно в середине младшего пубертатного периода⁶³. Они могут быть вызваны чувством обиды на сверстников, родителей, учителей, выражать протест против их действий. Актом суицида подросток стремится доказать свою правоту и одновременно отомстить обидчику, причинить ему вред.

⁶³ Пубертатный период – период полового созревания.

Способы совершения попытки отличаются значительным разнообразием, единственное ограничение заключается в требовании немедленной реализации. Часто такая попытка из-за аффективной охваченности подростка может быть переигранной и приводить к тяжелым последствиям, что не планировалось заранее.

После совершения суицидальной попытки обычно наступает разрядка. Однако, если ситуация, спровоцировавшая аутоагрессию, не разрешается ею, угроза повторения представляется весьма значительной.

Большинство суицидентов, совершивших суициды этого типа - мальчики.

Особенности профилактики: Базой профилактики в этом случае может стать опора на позитивное в семье и характере подростка. В данном случае это тот факт, что антисоциальные установки в семье подростка еще не стабильны. Возможно просвещение родителей, помощь им в изменении стиля семейного воспитания и более терпимого отношения к подростку. Необходимы меры правового и административного воздействия на родителей, привлечение их к ответственности за физическое наказание подростка, пресечение в последующем этих действий. В профилактической работе с подростком необходима опора на широкий диапазон поведенческих реакций, акцент на те из них, которые снижают конфликтность подростка. Необходимо обучение выражению отрицательных эмоций, решению конфликтов мирными способами, снятию раздражения техниками релаксации. Педагогам необходимо избегать наказаний, использовать как можно чаще поощрения в учебной деятельности подростков подобного типа. В старших классах необходима щадящая нагрузка, возможно обучение в специализированных классах компенсирующего обучения. В общении с подростком рекомендуется не доводить конфликт до открытой агрессии, «спускать ситуацию на тормозах», не провоцировать подростка, на угрозы реагировать срочно, но эмоционально спокойно. Прогноз плохой, высока летальность.

Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. В нее входят подростки из дисгармоничных семей. Отношение к ребенку отличается эмоциональной нестабильностью, требования не соответствуют его возможностям. Часто родители,

особенно мать, пытаются реализовать через подростка собственные неудовлетворенные стремления, совершенно не учитывая особенности личности, потребности и интересы самого ребенка. Воспитание носит несистематический, противоречивый характер, часто заключааясь в подкупе, задабривании, с одной стороны, и в унижительных запретах, с другой.

Дети и подростки данной группы весьма умело манипулируют окружающими, вынуждая их действовать в необходимом для себя направлении. В начальных классах эти дети представляются вполне благополучными. Присущая им потребность в самоутверждении проявляется в хорошей успеваемости, высокой общественной активности. Стремление выделиться, занять ведущее положение в младших классах реализуется достаточно легко. Однако к началу пубертатного периода их поведение значительно меняется. Усложнение школьной программы делает невозможным успехи без затраты усилий, к чему эти подростки оказываются неспособными. Неадекватно завышенная самооценка и уровень притязаний, часто проявляющиеся в вызывающем поведении, приводят к возникновению конфликтов с учителями и сверстниками. Претензии на лидерство остаются неудовлетворенными. Неблагополучное положение в школе этими подростками скрывается. Они прибегают к лжи, подделкам записей в дневниках, либо сочиняют трагические рассказы о несправедливой травле со стороны учителей. В группе сверстников их положение отличается неустойчивостью: первоначально они оказываются в положении лидера, но их статус резко падает, что воспринимается ими болезненно остро. Они становятся в позицию непонятых, часто меняют группы.

Первоначальные суицидальные проявления возникают у подростков этой группы в среднем пубертате и могут быть вызваны страхом разоблачения или наказания в связи с раскрытием обмана, обидой, желанием привлечь к себе внимание окружающих и заставить изменить их свое поведение или отношение. Нередко встречающейся причиной суицидальных действий является угроза разрыва любовных взаимоотношений. В этом случае аутоагрессия преследует цель доказать глубину своих переживаний и воздействовать на партнера.

Во время, предшествующее совершению попытки, происходит рациональный поиск наиболее безболезненного способа, не приносящего ущерба внешности, и прогнозируются возможные последствия своих действий, обеспечивается их безопасность для жизни - о своем намерении заранее сообщается окружающим, на видных местах оставляются записки, высчитывается время, подбирается безопасная доза лекарств и т.д. Однако, как и в предыдущей группе, несмотря на отсутствие желания умереть, возможны неожиданные подростком тяжелые медицинские последствия. При успешном разрешении спровоцировавшей суицид ситуации, подобные действия закрепляются в поведенческом репертуаре как эффективное средство достижения своих целей и воздействия на окружающих.

Особенности профилактики: Используется внимание родителей к подростку, их желание заниматься его воспитанием. Психологическое просвещение родителей, изменение условий семейного воспитания, контроль за учебой и поведением, не допускающий возможности манипуляций и обмана. Работу с подростком следует направить на снижение его конфликтности, обучению мирным способам решения проблем, формированию адекватной самооценки и уровня притязаний. Поднятие статуса в классе и референтной группе, посильные поручения, где реален успех и признание сверстников. Социальное и психологическое просвещение подростка. Прогноз благоприятный, летальность низкая, латентность невысокая. Наиболее перспективный тип в плане профилактики.

Суициды с мотивацией самоустранения. Подростки, совершающие суициды этого типа, проживают во внешне благополучных семьях. Однако при более тщательном анализе выявляется дисгармония взаимоотношений их членов. Эмоциональный климат таких семей характеризуется напряженностью и нестабильностью. Конфликты носят скрытый характер, часто маскируясь подчеркнуто декларируемым дружелюбием членов семьи друг к другу. Воспитательные меры носят противоречивый характер и направлены в большей степени на создание благоприятного впечатления о семье у окружающих без учета личностных особенностей ребенка. Исследователи считают этот тип семьи наиболее суицидогенным.

Противоречия требований и оценок родителей приводят к формированию у подростков высокой тревожности, заниженной или неустойчивой самооценки. В школе такие подростки старательны, исполнительны, но безынициативны. В младших классах их ценят за послушание, но, присущая этим детям тревожность, неуверенность в себе приводят к тому, что каждая новая ситуация, новые требования вызывают острый страх неудачи, интеллектуальная деятельность тормозится, они часто действуют ниже своих реальных возможностей. На плохие оценки и замечания реагируют болезненно, долго переживают их. В группе сверстников эти подростки обладают низким статусом. Присущая им несамостоятельность и внушаемость приводит их к асоциальной деятельности, противостоять групповому давлению они не в состоянии.

Первые проявления суицидальной активности у этих подростков могут быть уже в младшем пубертатном периоде и вызываются стремлением уйти из психотравмирующей ситуации. Ломка устоявшегося жизненного стереотипа, угроза наказания, повышенная ответственность принимаются как субъективно непереносимые. В качестве выхода из ситуации, не требующего ее активного изменения, избирается акт аутоагрессии.

Подростки часто применяют опасные для жизни способы. Наиболее распространенным является самоотравление. Необходимо отметить, что даже в тех случаях, когда покушение на самоубийство вызвано истинным стремлением уйти из жизни, в момент совершения попытки оно оказывается неустойчивым. Ближайший постсуицид сопровождается страхом смерти, проявляющимся в хаотических поисках помощи. Подростки сами вызывают «скорую помощь», обращаются к взрослым, рассказывают о случившемся. Чаще всего они испытывают стыд и раскаяние. Риск повторных попыток невелик, его вероятность прямо пропорциональна тяжести медицинских последствий от предыдущей попытки.

Особенности профилактики: Работа с семьей затруднена, мало эффективна. Административно-правовые меры не правомерны в данном случае, психологическая работа не находит эмоционального отклика у родителей, не востребована ими.

Обратить внимание на проблему может только эмоциональный шок, который испытывают родители при реальной угрозе попыткой самоубийства со стороны их ребенка. Работа с подростком должна быть направлена в первую очередь на снятие чувства вины, снижение тревожности, поднятие самооценки. Необходимы щадящие учебная нагрузка, режим. Следует избегать перемен места жительства, школы, нового учебного коллектива. Работа в группе в роли исполнителя, не включать в соревнования, не назначать ответственным. В учебной и внешкольной деятельности чаще использовать поощрения, не делать замечания при классе, все проблемные моменты обсуждать наедине с ребенком. Следует использовать возможности для поднятия статуса в классе и референтной группе, максимальную доброжелательность в общении, внимание, моральную поддержку со стороны учителя и класса, развитие активности с помощью включения в интересную деятельность с учетом интересов, склонностей, способностей ученика, оказания доверия при поручении. Летальность высока по причине выбора подростком опасных способов лишения себя жизни, их обдуманности и подготовленности.

Так, например, самопорезы бритвой в области предплечий 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, при отсутствии такового; в) к самоповреждениям — если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль (как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов) или углублением состояния наркотического опьянения (путем ограниченной кровопотери); г) к несчастным случаям — если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Вторая типологическая схема основана на категории личностного смысла, как отношения не совпадающих между собой цели действия — (суицида) — и мотива деятельности, в которую он включен.

Неоднозначность личностного смысла суицидального поведения очевидна и в общем виде может быть представлена следующими типами:

- I. Протест, месть.
- II. Призыв.
- III. Избегание (наказания, страдания).
- IV. Самонаказание.
- V. Отказ.

I. «Протестные» формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Месть — это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии⁶⁴ в аутоагрессию.

II. Смысл суицидального поведения типа «призыва» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

III. При суицидах «избегания» (наказания или страдания) суть конфликта — в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избегании непереносимой наличной угрозы путем самоустранения.

IV. «Самонаказание» можно определить как «протест во внутреннем плане личности»; конфликт, по преимуществу

⁶⁴ Гетероагрессия – агрессия направленная вовне, на окружение индивида либо объекты находящиеся непосредственно в ситуации побуждающей данную реакцию.

внутренний при своеобразном расщеплении «Я», интериоризации⁶⁵ и сосуществовании двух ролей: «Я — судьи» и «Я — подсудимого». Причем смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (так сказать, «от судьи», «сверху») и «искупления вины» (от «подсудимого», «снизу»).

V. Если в предыдущих четырех типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удастся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью — лишение себя жизни.

Нетрудно заметить, что выделенные типы суицидального поведения представляют собой аналоги общеповеденческих стратегий в ситуациях конфликта. Более того, при продольном анализе индивидуального поведения суицидентов в течение предшествующих лет их жизни выявляется предпочтительность реагирования по определенному типу, совпадению поведенческих реакций в конфликте с суицидальными по их личностному смыслу. Это подтверждает основные теоретические положения концепции суицида (Амбрумова А.Г., 1986), в частности, роль личностного звена в генезе суицидального поведения. *Данный факт имеет высокую важность для диагностики мотивов суицида по косвенным признакам – способ решения конфликтов.*

Рассматривая предложенную схему от первого типа к пятому, можно обнаружить постепенное сближение цели суицида с мотивом деятельности, вследствие чего укрепляется истинность суицидальных тенденций, нарастает желание смерти, а значит, и «серьезность» попыток.

Третья типология разработана Личко А.Е. и Александровым А.А. (Личко А. Е., Александров А. А., 1974). Ее достоинство в том, что к каждому типу суицидального поведения содержатся краткие

⁶⁵ Интериоризация (от лат. interior — внутренний) — букв.: переход извне внутрь; формирование внутренних структур человеческой психики посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоения жизненного опыта.

рекомендации по особенностям профилактики и взаимодействия с суицидентом во время попытки.

Аффективный суицид. В основе его лежит острая аффективная суицидальная реакция, которая совершается по механизму «короткого замыкания» на фоне относительного благополучия, либо на фоне реактивного состояния, когда повод для совершения попытки играет роль «последней капли». Причем, повод зачастую малозначительный. Поскольку действия подростка в момент совершения попытки самоубийства всецело обусловлены необыкновенно сильным аффектом, внезапным душевным порывом, то бывает трудно решить вопрос об истинности или демонстративности его намерений. При этом используются средства, оказавшиеся под рукой, часто малоэффективные. Сами подростки при анализе своего поведения испытывают трудности. Чаще они говорят, что вначале у них было истинное желание покончить с собой, сочетающееся с желанием отомстить обидчику; в момент же исполнения попытки, а иногда и до нее, если аффективное напряжение спадало, подобные мысли уступали силе рассудка. После аффективного разряда все подростки искренне раскаивались в своем поступке, испытывали смущение, смеялись над своим поведением и легко склонялись к мысли, что вовсе и не думали кончать с собой. Некоторые подростки бравовали попыткой и пытались представить ее как истинную.

Исследователи описывают основной вид поведения подростков с аффективным суицидом: «импульсивное действие», которое совершается по первому побуждению, под влиянием сильного впечатления. Импульсивное действие – это поспешное действие, когда человек недостаточно серьезно обдумал свой поступок, не взвесил возможные последствия. Подростка в первую очередь увлекает удовлетворение желания, вследствие нахлынувшего сильного чувства. В этом действии четко выражен мотив, а цель не ставится, сознание не концентрируется на результате, на последствиях. Аффективное же действие возникает при затруднениях в удовлетворении потребности, при необходимости выполнять непосильное дело, при обиде, конфликте. Сопутствующие эмоции: ярость, обида, отчаяние, ужас. Сопровождается значительными сдвигами в работе вегетативной нервной системы. Внешне проявляется в изменении дыхания,

пульса, экспрессии в жестах, плаче, крике, судорогах, в снижении контроля сознания.

Особенности профилактики: Прогноз не особенно благоприятен, рекомендации сводятся к пожеланиям взрослым не становиться на один уровень с подростком, проявлять мудрость, выдержку, не доводить конфликты до апогея, вызывающего аффект. Не провоцировать реакцию эмансипации⁶⁶, требования должны быть четкими и разумными, соответствующими возрасту. Положительную роль в профилактике суицида этого типа играет просвещение родителей, знание ими возрастных особенностей подростков, их физиологии и особенностей эмоциональной сферы. Главным в профилактике аффективной реакции будет адекватность требований взрослых к другому взрослому, но материально зависящему от них, то есть к подростку. Необходимо купирование⁶⁷ аффекта в начальной стадии, что достигается при помощи переключения внимания на новую деятельность, обсуждение возможно только после полного успокоения подростка, необходимо продемонстрировать понимание его душевного состояния, но вместе с тем тактично указать на невыдержанность и ее минусы. Летальность невысока вследствие возможности быстрого оказания медицинской помощи и использованием подручных, не опасных для жизни средств.

Демонстративное суицидальное поведение. Имеет целью извлечение выгод, разрешение трудной ситуации; направлено на вызов жалости, сочувствия, сострадания. По описанию схоже с вышеописанной типологией, отличается использованием расчета, подготовки, «суицидального шантажа». Этот тип суицидального поведения наиболее часто присущ подросткам, имеющим психопатии, неврозы и другие психические девиации⁶⁸. В этом случае необходима помощь психиатра. Среди причин суицидов подобного типа преобладают сексуальные и любовные конфликты. Ситуация усугубляется эмоциональным неблагополучием в семье подростка, тогда любовные отношения абсолютизируются,

⁶⁶ Эмансипация (от лат. emancipatio — освобождение сына от отцовской власти) - освобождение от угнетения, зависимости, предрассудков.

⁶⁷ Купирование — пресечение, отрезание, укорачивание, локализация, сокращение.

⁶⁸ Девиация (от лат. deviatio — отклонение) — отклонение от нормы.

становятся сверхзначимыми, и потеря «значимого другого» приобретает характер трагедии.

Особенности профилактики: Описаны выше в типологии предыдущих авторов. Необходимо лишь добавить, что подростки, совершившие одну и более демонстративных суицидальных попыток в обязательном порядке должны быть проконсультированы у специалиста, чтобы исключить психическую патологию. Также существует необходимость учета особенностей поведения близких подростка после совершения им демонстративной суицидальной попытки. Их поведение обычно характеризуется повышенным вниманием к подростку, страхом за него, исполнением всех его желаний, решением конфликтов в его пользу. Это объясняется беспокойством родителей за судьбу подростка, но является превентивным заблуждением, так как провоцирует ребенка на новый виток суицидальной активности. Подросток, наряду со стыдом и раскаянием за совершенный поступок, испытывает чувство удовлетворения от решения его проблем. В этот период не происходит личностного роста подростка, он не нарабатывает новые способы решения проблемных ситуаций, и, в случае нового столкновения с проблемой подросток вновь может воспользоваться знакомым, успешным для него суицидальным сценарием. Так формируется суицидальный паттерн поведения, изменить который крайне сложно даже специалисту. В этом особенность профилактирования демонстративных суицидов, которые распространены среди подростков.

Истинное суицидальное поведение. Зачастую суицидальное поведение развивается на фоне депрессии. Состояние улучшается, и исчезают мысли о повторном суициде только при разрешении психотравмирующей ситуации. Стойкое желание умереть не носит случайного характера, является результатом оживления под влиянием неблагоприятных воздействий определенного стереотипа суицидального поведения. Такого рода типы суицида подростков относительно редки, но отличаются наибольшей летальностью.

Особенности профилактики: Прогноз неблагоприятен. На первый план выступает просвещение родителей и педагогов: распространение знаний о признаках подростковой депрессии, ее

особенностях, внешних проявлениях «маскированной депрессии» в виде девиантных поступков, принципиальных отличиях от депрессии взрослых людей. Велика провоцирующая роль превентивных ошибок взрослых - они ведут к суицидальному срыву. Особое внимание уделяется позитивному изменению внешней личностной среды подростка, только принципиальное улучшение психотравмирующей ситуации ведет к успеху превенции суицидального поведения. Латентность среднего уровня. Летальные исходы часты в силу стойкого и продуманного желания умереть.

Использование предложенных типологий помогает специалисту определиться с тем, какие особенности свойственны суициденту, в том или ином случае. Подобная информация направляет и структурирует действия специалиста, в основном в период предшествующий суициду, а так же непосредственно при совершении попытки.

1.4 Внешняя и внутренняя динамика суицидального поведения.

Из приведенных выше соображений теории деятельности (глава 1, п. 1.3), выделены внешние формы и внутренняя динамика суицидального поведения. Они дополняют общее понимание суицида и позволяют оценить степень опасности.

Внешние формы суицидального поведения включают суицидальные попытки и завершённый суицид. Завершённым называют суицидальные действия с летальным исходом. Суицидальная попытка – целенаправленное использование средств или способов лишения себя жизни, не приведшее к смерти. Описание внешних форм используется для общего обозначения, чтобы при общении специалистов использовалась одна методология.

Внутренняя динамика наиболее информативна. Она включает в себя описание последовательного развертывания внутриличностной активности, способствующей суицидальным попыткам. С одной стороны, перечисленные ниже ступени

развития суицидального поведения, отражают структуру и форму переживания суицидальных феноменов, с другой, описывает степень приближения к реализации попытки.

Дальнейшие соображения приводятся по Тихоненко В.А. (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

I. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер...» и т. п.

II. Суицидальные замыслы — это активная форма проявления суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

III. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации традиционно называется пресуицидальным (пресуицидом). Длительность его может исчисляться минутами («острый пресуицид») или неделями, месяцами («хронический пресуицид»). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. Однако эта последовательность обнаруживается далеко не всегда. При острых пресуицидах можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу — без предшествующих ступеней.

Выводы по главе I.

Первая глава посвящена краткому освещению основных теоретических воззрений о проблеме суицида, имеющих прикладное значение. Представленные научные изыскания социально- и клиничко- психологического подходов могут составить полноценную базу для построения модели профилактики, кризисной интервенции и постсуицидального сопровождения, рассматриваемые в следующей главе. Тезисно обобщим имеющиеся данные.

В рамках социально-психологического подхода суицид рассматривается как реакция на микро- или макро- социальный конфликт. В динамике переживаний отмечается нарастающая дезадаптация, эскалация степени дистресса, которые в совокупности приводят к разрядке в виде суицидальной попытки. В соответствии с общими положениями были выделены следующие факторы риска:

- возраст 12-24 и старше 45;
- общие нормативные возрастные кризисы;
- реакция на стресс в виде социального отчуждения;
- наличие суицидов в семейном анамнезе;
- социально-экономические трудности (миграция, смена социального окружения и другие).

Данная концепция применима и актуальна для организации профилактики – превентивной работы с потенциальными суицидентами. Поэтому социально-психологическая модель используется как основа построения служб социальной помощи на государственном уровне.

Недостаток подхода в том, что для его полноценной работы, без учета клинических и общепсихологических факторов, необходимо иметь значительный массив данных постоянного наблюдения за лицами входящими в группу риска. Несмотря на актуальность этой работы, навряд ли она возможна к реализации в полной мере,

поскольку степень интеграции общественных связей является незначительной.

Вторым замечанием, так и не решенным в социально-психологической парадигме, является отсутствие учета личностной динамики и особенностей реакции на фрустрацию. Без учета этих факторов невозможно решить задачи полноценной работы с суицидентами, включающей в себя кризисную интервенцию и постсуицидальное сопровождение.

Клинико-психологический подход рассматривает суицид с учетом личностных особенностей. Известно, что суицидальные попытки предпринимаются в период выраженной дезадаптации. Ее возникновение может быть спровоцировано как ситуативными реакциями психически здоровых людей, так и следствием психической патологии. В связи с этим выделено три категории лиц: с тяжелой психической патологией, лица с пограничными состояниями, психически здоровые люди. Каждая из них занимает определенное место среди случаев суицидального поведения и составляет 10% - 70% - 20% соответственно.

В каждой из категорий выявлены типичные особенности суицидального поведения. Суицидальные проявления у людей с тяжелой психической патологией наиболее вероятны при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве. В пограничных состояниях наиболее суицидоопасны некоторые виды расстройств личности и употребление ПАВ. У психически здоровых людей превалирует аффективное суицидальное поведение, а так же суицид как форма реакции на некоторые заболевания с выраженной фрустрацией основных потребностей личности.

Клинико-психологический подход углубляет общее понимание суицидального поведения, сформированное в социально-психологической парадигме. Таким образом, становится возможным решение задач кризисной интервенции и постсуицидального сопровождения. Прикладной характер информации обуславливает детализацию и уточнение факторов риска самоубийств, что в значительной мере сужает круг лиц попадающих в группу суицидоопасных индивидов. Это положение имеет высокое значение в увеличении точности диагностических

исследований суицидального риска, а соответственно для направления работы по профилактике суицида.

Глава II. Превенция, кризисная интервенция и постсуицидальное сопровождение суицидов.

2.1. Превенция суицидального поведения.

Превенция (профилактика) суицидального поведения является важной задачей. Раннее предупреждение и своевременные меры часто могут предотвратить развитие суицидальных тенденций, и соответственно помогут сохранить жизнь. Это положение подтверждается работой многих социальных учреждений (учебные заведения, центры социальной помощи, центры психологической помощи, телефоны доверия) кризисных центров, имеющих дело, с потенциальными суицидентами.

Профилактическая работа состоит из двух актуальных задач: диагностика суицидального риска и последующее сопровождение лиц с высоким суицидальным риском. Эти задачи решаются только комплексными мероприятиями и слаженной работой специалистов различных областей (педагогов, психологов, врачей, специалистов по социальной работе и других).

Диагностика суицидального риска.

В диагностике суицидального риска необходимо строго дифференцировать категории лиц, попадающих в группу риска. Для этого используем взаимодополняющие факторы, которые последовательно позволят выявить суицидально опасных реципиентов. Исследование имеет несколько уровней:

1. Социальный. Здесь собирается выборка, соответствующая критериям суицидально опасного

- поведения, выделенным в социально-психологическом подходе.
2. Психологический. Включает в себя диагностику личностных особенностей, реакций на фрустрацию и собственно суицидального риска.
 3. Клинический. Оценка психического здоровья и общей адаптации к условиям социальной среды.

Остановимся на каждом из уровней диагностики подробнее.

На социальном уровне собирается широкая выборка лиц, подходящих под социально-психологические критерии суицидального риска. Этот процесс обеспечивается всеми специалистами, контактирующими с целевой аудиторией, в первую очередь обозначенной возрастными границами.

Известно, что подавляющее большинство случаев суицидов приходится на лиц 12-24 лет, а также в возрасте после 45. Для уточнения последней возрастной группы следует заметить, что наибольшая численность попыток суицида наблюдается около 50-55 лет, что связано со значительными изменениями в социальном функционировании и сменой ролевой репрезентации в микро- и макро- социуме.

Отсюда сделаем вывод о том, что выборка лиц для диагностики суицидального риска описана подростковой возрастной группой, а также людьми пожилого возраста. Тогда основные необходимые диагностические меры могут быть возложены на социальные институты, с которыми контактируют лица этих возрастных групп. К ним могут быть отнесены: школы, колледжи, техникумы, ВУЗы, службы социальной помощи, медицинские учреждения, центры помощи инвалидам и людям пожилого возраста, и другие. Работа по профилактике суицида в этих учреждениях практически покрывает основную массу людей, относящихся к группе риска.

Следующий фактор повышения суицидального риска – кризисные ситуации. В первую очередь следует держать в фокусе внимания общие, разработанные в социально-психологической концепции стресса, случаи. Ранжированный список стрессогенных ситуаций так же лег в основу анкеты определения уровня стресса. Полный

список вместе с вариантом оценки уровня стресса приведен в приложении №1.

Последний социальный фактор – случаи суицидальных попыток в семье. Как отмечалось в главе 1 п. 1.1, импринт суицидального поведения, как способа решения внутри- и межличностных конфликтов, в некоторых случаях может иметь место. Особенно актуален этот вопрос для членов семьи и близких родственников.

Социальный уровень отбора выборки суицидально опасных лиц, соответственно проясняет несколько актуальных вопросов:

- описаны основные возрастные группы, в которых необходимо интенсивное наблюдение и формирование группы суицидального риска;
- в соответствии с предыдущим пунктом становится возможным выделение основных институтов для организации профилактической работы;
- отмечены общие факторы повышения напряженности и ухудшения социально-психологического комфорта, способные интенсифицировать суицидальные тенденции.

Для полноценной организации отбора лиц группы суицидального риска необходима достаточно хорошая информированность специалистов, взаимодействующих с выделенными возрастными категориями. Во-первых, требуется знание основных жизненных ситуаций способных повышать уровень стресса и степень их влияния (приложение №1). Во-вторых, иметь достаточную осведомленность о жизни «подопечных». Как правило, только сочетание двух указанных пунктов приводит к достаточно точному выявлению суицидально опасных ситуаций в отдельных случаях и своевременному оказанию помощи.

Отдельного упоминания заслуживает вопрос взаимодействия специалистов, как внутри одного института, так между различными учреждениями. Когда каждый занимает свою нишу в работе с суицидальными реципиентами и действует в рамках своих компетенций – эта работа может иметь высокий потенциал. Так наполнение первичной группы риска суицида производится при

непосредственном участии линейного персонала (учителей, педагогов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер и других). Они имеют непосредственный контакт с субъектами и могут наблюдать общую динамику жизнедеятельности. И при обнаружении признаков наличия социально-психологических факторов риска суицидального поведения направить реципиента к профильному специалисту (психологу или психотерапевту).

Иными словами, специалисту, взаимодействующему с людьми в обозначенных возрастных группах, необходимо иметь достаточно близкий контакт с «подопечными» и желательно с их семьями. Таким образом, обеспечивается возможность постоянно собирать актуальную информацию (семейный и ситуационный анамнез). Чтобы в случаях необходимости (появление суицидогенных факторов) незамедлительно отправить субъекта на прием психолога или психотерапевта.

В рамках клинического уровня диагностики можно выделить несколько основных шагов:

1. наблюдение общих признаков дезадаптации субъекта линейным персоналом;
2. оценка психического статуса психологом;
3. при необходимости направление к врачу-психиатру.

Первичные признаки психических расстройств часто влияют на нарушение адаптации. Например, педагог в школе, который постоянно имеет возможность наблюдать детей в деятельности и во взаимодействии с окружением, может заметить трудности в приспособлении индивида. Единственной сложностью в подобных случаях является несогласованность мер по организации оказания помощи таким детям. Непосредственное школьное руководство, а часто и родители могут быть не заинтересованы в наблюдении специалистом (психиатром, например), что обычно усугубляет положение.

Для примера, приведу случай, произошедший в одной из школ. Ученик, с высоким уровнем агрессии и социально дезориентированный (не мог конструктивно общаться) неоднократно конфликтовал с учителем и оскорблял ее. Это

привело к систематическим обращениям учителя к непосредственному руководству (заместителю директора и директору школы), а также к классному руководителю и матери на родительских собраниях. Все усилия оставались без внимания.

Спустя некоторое время, на одном из уроков произошел очередной инцидент. Подросток отказывался включаться в работу, демонстративно достав телефон и начав играть. На требование учителя убрать телефон подросток ответил агрессивным сопротивлением. С помощью одноклассников требование учителя убрать телефон было выполнено (правомочное в соответствии с уставом школы). После чего последовали аффективные реакции, сопровождающиеся нецензурной бранью и раскидыванием вещей. Ребенок был отправлен к социальному педагогу. Выходя из класса, он схватил стопку тетрадей со стола учителя. Не встретив жалости и потворства шантажному поведению у социального педагога, подросток с силой швырнул тетради в лицо специалисту, сломал дверь и выбежал в вестибюль.

После этого была вызвана бригада скорой помощи. Врач собрала анамнез и прояснила происходящее. Для соблюдения правовых норм созвонились с матерью мальчика, чтобы получить разрешение на госпитализацию. Ответ был односложным: «У меня хороший мальчик, вы все на него наговариваете. Оставьте его в покое». Тогда врач, продолжив беседу с подростком мягким и теплым тоном пыталась его расспросить о произошедшем. Он откликнулся обвинениями учителей и одноклассников в том, что ему никто не хочет помочь, занял позицию жертвы. Доктор мягко напомнила подростку о его достаточных способностях по самоорганизации. После чего разразилась очередная аффективная вспышка, и мальчик стал сильно биться головой о скамейку. Подросток был принудительно госпитализирован.

Подобные ситуации не редкость. Чтобы избежать негативных последствий, необходимо применять комплекс мер по диагностике и коррекции отклоняющегося поведения. Для этого можно опираться на маркеры, сигнализирующие о психических расстройствах, и предпринимать своевременные шаги к организации своевременной помощи.

На сегодняшний день, ВОЗ определяет нарушения мышления, настроения и поведения, выходящие за рамки принятых культурных норм, как одни из признаков психического расстройства. Они наиболее заметны в своих проявлениях и могут дать возможность при их наличии направить наблюдаемого для профессиональной оценки состояния к психологу или психиатру.

Вышеперечисленные нарушения могут быть проявлены следующими симптомами: быстрая истощаемость, частая или резкая смена настроения без объективной причины, галлюцинации, аффективные реакции, нарушение восприятия окружающего мира, повышенная тревожность. При воздействии стресс-факторов и нарушении адаптации не редко появляются навязчивые идеи, страхи и депрессивное настроение.

Для того чтобы предупредить развитие психических патологий и возможные суицидальные попытки на этом фоне можно использовать сформулированные ниже конкретные, наблюдаемые со стороны признаки, которые помогут опознать «тревожные» проявления симптомов психических расстройств. Следует заметить, что они ни в коей мере не являются критериями для постановки каких-либо диагнозов и служат лишь причинами направления подопечного на консультацию психолога или психиатра для оценки состояния.

К наиболее актуальным маркерам психопатологии и срыва адаптационных механизмов психики можно отнести:

- галлюцинации. Разговор с самим собой или несуществующим собеседником, эмоциональные реакции на присутствие чего- или кого-либо реально не существующего и другие;
- беспричинный смех, излишняя беспричинная веселость или подавленность;
- появление аффективных реакций (озлобленность, раздражительность, излишняя обидчивость, чувство вины и так далее);
- речевые аномалии. Здесь возможны несколько вариантов проявления: скорость речи (излишне быстрая, излишне медленная),

содержание речи (проявление навязчивых идей, например вины и самообвинения, не возможных к коррекции через беседу и аргументы), целеположенность речи (сбивчивость, скачка – перескакивание мыслей с одной на другую, застревание на одной теме или постоянное к ней возвращение);

— нарушения сна и аппетита, проявляющиеся в истощении, состоянии заторможенности, постоянном желании отдыхать и спать. Или в употреблении излишней еды (что проявляется значительной прибавкой в весе за непродолжительный период);

— злоупотребление ПАВ (алкоголь и наркотики);

— быстрая истощаемость, сниженная работоспособность;

— резкая смена настроения, без видимых причин;

— заметное, длительное пренебрежение внешним видом, гигиеническими процедурами;

— замкнутость, постоянная грубость по отношению к окружающим и другие формы асоциального поведения;

— частые заболевания (наиболее явно свидетельствуют о срыве адаптации частые простудные заболевания и хронические головные боли).

Наблюдение одного или нескольких маркеров нарушения адаптации (психической дезорганизации) является основанием для направления к психологу, который с помощью специального инструментария сможет оценить общее психическое состояние или перенаправить субъекта к психиатру, при необходимости.

Задачей психолога в таких случаях является общая оценка психического состояния (патопсихологическое исследование). На основании данных объективного наблюдения и тестирования сформируется психический статус, включающий в себя:

- описание общей симптоматики, выявленной в результате наблюдения;

- основные личностные черты и степень их акцентуированности;
- особенности протекания психических процессов;
- характеристики эмоционально-волевой сферы;
- общий и семейный анамнез.

На основании этих данных формируется заключение психолога относительно общего психического статуса и рекомендаций по необходимости дальнейшей работы. Если выявлены признаки психопатологии, исследуемый направляется к психиатру для дополнительного обследования. В остальных случаях для оценки суицидального риска достаточно психодиагностики направленной на выявление пограничных состояний (глава 1 часть 1.2), реакции на фрустрацию и собственно суицидального риска.

На уровне психологической диагностики в первую очередь стоит вопрос оценки личностных свойств и качеств, которые могут свидетельствовать в пользу высокого суицидального риска. Наиболее показательными в диагностике являются:

- акцентуированные черты личности;
- некоторые шкалы ММПИ (подробнее ниже) обнаруживающие высокую степень корреляции с суицидальным поведением;
- особенности реакции на фрустрацию;
- показатели собственно суицидального риска.

В первой главе мы отмечали высокую степень корреляции между выраженностью некоторых акцентуаций характера и суицидальным риском. Среди наиболее суицидоопасных: возбудимый, застревающий, истероидный и дистимический типы (Колесникова И.С., Церковникова Н.Г., 2014). При этом следует учитывать, что по данным Личко А.Е. лица с лабильным типом акцентуации (аффективно-экзальтированный тип по К. Леонгарду) склонны к аффективному суицидальному поведению; истероидные (демонстративный по К. Леонгарду) и гипертимные личности склонны к демонстративно-шантажным суицидам; реципиенты сензитивного (тревожного по К. Леонгарду) типа наиболее часто совершают истинные попытки.

Эти данные подчеркивают важность диагностики акцентуированных черт характера и последующего сопровождения. Помимо актуализации и фокусировки усилий психодиагностики, выделяется направление наблюдения.

Так в пресуицидальном (предшествующем попытке) периоде у лиц с акцентуациями возбудимого круга (эпилептоидный – возбудимый, гипертимный, параноидный – застревающий) наблюдаются депрессивные, дисфорические реакции. Наиболее часто подобные реакции являются следствием стрессовых ситуаций (приложение №1) или конфликта в микросоциальной группе. Контраст подобных состояний с обычным фоновым настроением этой группы лиц позволяет точно определить маркеры суицидального риска. То есть, сниженный фон настроения может выступать как первичный показатель, который требует внимательного отношения и последующего выяснения причин, а также, при необходимости – когнитивно-эмоциональной проработки с психологом.

Суицидальные попытки у акцентуантов возбудимого типа имеют целью разрядку аффекта, что определяет направление профилактической работы. Наиболее важной ситуативной задачей является снятие эмоционального напряжения. Последующей и основной задачей является выработка копинг-стратегий, способов саморегуляции в стрессовых ситуациях.

У лиц с акцентуациями астенического круга (сензитивный – тревожный, психастенический – педантичный) наблюдаются депрессивные, сензитивные, соматоформные проявления и фобические состояния (страх за свое будущее, свое здоровье и т.п.), в основном провоцируемые длительно действующими психотравмирующими ситуациями. В подобных случаях диагностическую ценность имеет повышение эмоциональной лабильности, депрессивные проявления, а также учащение жалоб на физическое состояние.

В большинстве случаев, ведущий мотив суицидальных попыток у лиц с акцентуациями астенического круга – призыв о помощи. Соответственно, наиболее актуальными задачами в профилактической работе являются: социализация и повышение

адаптационного потенциала, за счет переработки внутреннего конфликта и преодоления психотравмирующей ситуации.

Суицид у истероидных (демонстративных) личностей (несмотря на то, что относится к акцентуациям возбудимого круга) рассматривается отдельно.

У реципиентов с данным типом акцентуации выделяют ипохондрическую (вегетативные⁶⁹ и тревожные расстройства), оппозиционно-аффективную (внешне обвиняющие тенденции), дезорганизационная (острая суицидальная реакция на психотравму), сужение сознания (острая реакция с фиксацией на психотравмирующих событиях).

Только в случаях сужения сознания или использования суицида как способа мести имеет место значительная степень риска истинного суицидального поведения. Постсуицидальный период может быть суицидально-фиксированным или манипулятивным. В остальных случаях попытки имеют протестный, демонстративно-шантажный характер. В постсуицидальном периоде доминирует манипулятивный тип, гораздо реже встречается критический.

Для диагностики степени выраженности акцентуированных черт характера рекомендуется использовать тест-опросник Леонгарда-Шмишека, приведенный в приложении №2.

Следующие диагностические критерии представлены шкалами ММРІ, имеющими высокую степень корреляции с суицидальным риском. К ним относятся: депрессия, ипохондрия, психастения и истерия. Высокие показатели по этим шкалам могут свидетельствовать о значительном риске развития суицидальных тенденций. Наиболее приемлемым диагностическим инструментом для оценки этих шкал является опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ), приведенный в приложении №3.

Последним инструментом в нашем перечне укажем методику, направленную на собственно оценку склонности к суицидальным реакциям (СР-45). С ее помощью с высокой достоверностью можно

⁶⁹ Вегетативные расстройства – заболевания вызванные нарушением работы вегетативной нервной системы.

наполнить группу суицидального риска для последующей работы психолога. Методика прошла валидацию на 175 клинических случаях суицидов. Интерпретация результатов показывает склонность тестируемого к суицидальным проявлениям на момент обследования. Соответственно, при изменении жизненной ситуации (например, при воздействии психотравмы) тенденции к суициду могут развиваться. Текст и инструкция к методике приведены в приложении №4.

В завершении вопроса превенции суицидального поведения ниже сформирована таблица (Таблица №2), в которой тезисно отражены все этапы профилактической работы с потенциальными суицидентами.

Данный алгоритм работы предполагает обобщенное описание (процедуру) способов выявления лиц группы риска и последующих действий специалистов различного профиля: от непосредственно и каждодневно взаимодействующих с реципиентом, до профильных специалистов: психологов и психотерапевтов. Неизменными правилами эффективной реализации данного алгоритма является информированность персонала (как о вопросах жизненной ситуации клиента, так и о маркерах нарушения социально-психологической адаптации) и грамотная согласованность действий (командная работа).

Таблица №2. Этапы работы по превенции суицидального поведения.

НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИМ С РЕЦИПИЕНТАМИ	
– наблюдение за общими признаками возможной психопатологии (нарушения адаптации)	– наблюдение за проявлениями реакций (кризисного состояния) или получение информации о факторах, способствующих развитию острого либо хронического стресса
 Направление к психологу	
РАБОТА ПСИХОЛОГА	
По запросу	На потоке
<ul style="list-style-type: none"> – клиническое интервью (и направлению к психиатру, если выявлены признаки психической патологии) – диагностика актуального состояния – оценка суицидального риска – при необходимости внесение реципиента в группу риска и выделение актуального конфликта с последующей коррекционной работой – общая обратная связь для направившего специалиста 	<ul style="list-style-type: none"> – проведение психодиагностического исследования стандартизированными методиками (Мини-Мульт, Леонгарда-Шмишека или ПДО Личко, СР-45) – набор группы суицидального риска – психокоррекционная работа в группе риска (групповая и индивидуальная)

2.2. Кризисная интервенция.

Участие специалиста в предотвращении непосредственной попытки суицида - не частое явление, но имеет место быть. В практике работы с суицидентами чаще приходится сталкиваться с суицидальным риском и постсуицидальным сопровождением (психотерапией после попытки). В то же время, относительно не частая потребность в оказании помощи в момент совершения попытки суицида требует специальной подготовки и профессионального подхода специалиста. Соответственно, освещение тонкостей по этому вопросу требует отдельного внимания.

В данной части методического пособия мы остановимся на следующих аспектах:

- требования к специалисту, оказывающему помощь суициденту;
- структура диалога с суицидентом;
- прикладные техники для предотвращения суицидальных действий.

В совокупности, три выделенных выше вопроса создают основополагающую базу для качественной помощи в ситуации суицидальных попыток.

Требования к специалисту, осуществляющему кризисную интервенцию.

В основе выделяемых требований к специалисту лежат принципы, обеспечивающие максимальную эффективность взаимодействия с суицидентом. Очевидно, что без определенных предпосылок для оказания помощи, выраженных в ресурсных состояниях и убеждениях, оказывающего помощь при суицидальной попытке, сложно добиться удовлетворительного результата. Обозначенные ниже положения не предполагают описание универсального

набора, а составляют обобщенное описание наблюдения за работой эффективных консультантов и их мнения относительно важных качеств и настроения специалиста, необходимых для качественной помощи.

1. Строгое разделение ответственности.

Многие из тех, кто оказывался по случайному стечению обстоятельств в ситуации необходимости оказать помощь при попытке суицида, часто имеют затруднения в этом вопросе, что естественным образом сказывается на качестве взаимодействия. Специалисты, не проходившие специальной подготовки, принимаясь за работу в подобной ситуации, чувствуют ответственность за жизнь человека. Теоретически это правильно, поскольку ведет к усилению интенциональности⁷⁰ действий. Но опыт работы профессионалов показывает обратное.

Принятие на себя подобной ответственности, вопреки предположениям о том, что такой подход помогает быть осторожным, внимательным за счет внедрения ценности жизни другого в свою систему смыслов, приводит к повышению тревоги, снижению творческой активности и блокированию действий. Последнее особенно опасно, когда требуется решительно и мгновенно реагировать (обычно в случаях аффективных реакций суицидента).

Опытные специалисты с многолетним опытом работы в вопросе кризисной интервенции⁷¹ предлагают не брать на себя ответственность за жизнь суицидента. В то же время, подчеркивают необходимость высокой доли ответственности за свои усилия по сохранению жизни. В этом случае, личностный смысл изменяется. Вместо направленности на результат, который не зависит полностью от действий специалиста, он сосредоточен, собственно, на максимальной эффективности интервенций.

⁷⁰ Интенциональность – направленность, целеположенность проявленная в действиях.

⁷¹ Кризисная интервенция – быстрая и актуальная психологическая (иногда медицинская) помощь человеку в ситуации кризиса. Подробно рассматривается ниже.

Подобное смысловое наполнение действий в действительности дает два позитивных следствия. Первое состоит в том, что специалист настроен на гибкое реагирование и качественное использование своего инструментария. В этом случае интервенции будут с большей долей вероятности соответствовать ситуации. Второе – состоит в создании предпосылок предотвращения травматизации самого специалиста. Когда помогающий берет на себя ответственность за жизнь, при неблагоприятном исходе часто можно наблюдать глубокие кризисные переживания. Они обычно развертываются вокруг личностной несостоятельности, навязчивых идей самообвинения и убийства (если я отвечал за его жизнь, и он покончил с собой, то я отвечаю за это – практически убил этого человека). В противном случае, ответственность специалиста распространяется только на его действия. Такой подход не снижает эмоционального отреагирования, когда взаимодействие все же заканчивается суицидальными действиями, но уберегает от навязчивого чувства глубокой вины и депрессивных эпизодов, связанных с навязчивыми⁷² тенденциями идей убийства.

2. Занимайте позицию исследователя.

Опыт работы с коллегами по суицидальной тематике показывает, что специалисты часто ищут описание точных шагов, которые необходимо сделать, чтобы спасти человека. Подобные алгоритмы разработаны специалистами практиками. Но они предполагают общее описание процесса, наполнение же остается за специалистом.

С одной стороны, осознание того, что нет точных рецептивных рекомендаций к достижению результата, порождает тревогу. С другой – позволяет специалисту гибко реагировать на изменяющуюся ситуацию и подбирать «ключи» к разным людям. Такой подход избавляет от механистичности, что, несомненно, идет на пользу ситуации. Помимо этого, специалист может использовать свой опыт общения с разными клиентами, когда нет необходимости соблюдать регламент. Искренность в общении при угрозе

⁷² Обсессии (лат. *obsessio* — «осада», «охватывание») - синдром, представляющий собой периодически возникающие у человека навязчивые нежелательные произвольные мысли, идеи или представления, вызывающие негативные эмоции или дистресс.

суицидальных действий создает необходимые доверительные отношения.

3. Устраняйте свои страхи.

В современности, вокруг психологии и психотерапии витает много идей, подталкивающих к магическому мышлению. Несомненно, повсеместно упоминаемые, они влияют на специалистов, порождая страхи. Примерами подобных идей могут быть: «зачем это притягивать к себе», «если я об этом подумаю, то это обязательно произойдет», «мысли материальны». Подобные идеи имеют неприятные следствия, помимо того, что являются иррациональными идеями (катастрофизации⁷³ и генерализации, в зависимости от контекста).

Часто под этими идеями лежит субъективный опыт. Наиболее вероятными являются социальная гиперответственность специалиста, рассмотренная ранее в пункте первом, а также непроработанные потери. Соответственно, для качественной помощи и преодоления иррациональных страхов требуется проработка данных вопросов.

Отдельным вопросом выступает сомнение специалиста в собственной компетентности. Анализ подобного рода явлений показал, что в редких случаях, консультант не обладает необходимыми знаниями и навыками для оказания эффективной помощи. В большинстве случаев это внутренние противоречия, порожденные комплексами. Имеет смысл в таких случаях обращаться за личной терапией или супервизией.

Таким образом, подготовленность и личная работа над собой специалиста является одной из необходимых граней качественной работы с угрозой суицидального поведения.

Прежде чем перейти к описанию алгоритма кризисной интервенции необходимо рассмотреть ряд вопросов, без которых сложно выбрать направление взаимодействия с потенциальным суицидентом. В них включены: оценка степени угрозы

⁷³ Катастрофизация – преувеличенно негативная интерпретация обыденного или неприятного события, как катастрофического. Разговорное: делать из мухи слона.

(суицидального риска), классификация суицидальных попыток, мотивы суицидального поведения, понятия суицидальных и антисуицидальных факторов.

Суицидальные и антисуицидальные факторы.

В динамике суицидальной активности (глава 1, пункт 1.4) показана общая схема развития суицидальных намерений (интенций). Наибольший упор в этом вопросе сделан на продвижение суицидента от замыслов к их реализации. В случае непосредственного столкновения с суицидальной попыткой, данная динамика в меньшей степени помогает определить степень риска. В то время как, анализ суицидальных и антисуицидальных факторов имеет высокое значение для работы по предотвращению попытки.

В большинстве случаев, анализ факторов, влияющих на степень летального риска, осуществляется в постсуицидальном периоде (после совершения попытки) – ретроспективно⁷⁴. Но, достаточно большой массив данных, позволяет путем обобщения использовать их в непосредственном взаимодействии с суицидентом в момент попытки.

Выделение суицидальных и антисуицидальных факторов позволяет:

- определить степень истинности намерений суицидента (дифференцировать истинный и демонстративный суицид);
- оценить степень летальности попытки суицида;
- построить диалог с суицидентом на основании оформления и выведения в фокус антисуицидальных факторов.

Обозначенные выше вопросы, при анализе суицидальных и антисуицидальных факторов, освещаются на уровне вероятностном

⁷⁴ Ретроспектива (от лат. retrospectare «взгляд назад») — взгляд в прошлое.

и не служат для точной оценки. Их использование в некоторой мере дополняет собираемую специалистом информацию и направляет усилия.

Общий **анализ суицидальных факторов** при совершении попытки суицида можно проводить по трем направлениям:

- Обстоятельства суицидальной попытки;
- Интенции суицидента;
- Медицинские критерии.

Содержание каждого из представленных направлений для сбора информации - есть квинтэссенция из материалов первой главы, и тезисно раскрыто в таблице №3.

Таблица №3. Суицидальные факторы.

Обстоятельства попытки	Интенции суицидента	Медицинские критерии
- изоляция (отсутствие поблизости или в контакте с суицидентом окружающих лиц, малая вероятность прихода кого-либо); - время попытки (от 6 до 12 часов); - отсутствие алкогольного опьянения; - наличие суицидальных записок; - отсутствие суицидальных высказываний – объявления о намерениях близким, знакомым; - принятие мер, препятствующих обнаружению или вмешательству	- представления о высокой летальности выбранного способа; - желание умереть; - длительность пресуицида более суток; - сожаление, что остался жив (после ранее совершенного покушения).	- высокая вероятность смертельного исхода в случае отсутствия медицинской помощи (прогностическая или по сведениям о ранее совершенных попытках); - необходимость реанимационных мероприятий (прогностическая или по сведениям о ранее совершенных попытках).

<p>(запирание двери на ключ, изоляция в труднодоступном месте); - приготовления к смерти (смена белья, раздаивание вещей и т. п.). - насильственные способы суицидальной попытки (падение с высоты, под транспорт, самоповешение, огнестрельные повреждения, колото-рубленные травмы).</p>		
--	--	--

Признаки, перечисленные в таблице, при наличии свидетельствуют об истинности суицидальных намерений. Соответственно, им противоположные выявляют в большинстве случаев неистинные попытки – демонстративно-шантажного характера.

Отдельно следует разобрать некоторые из указанных факторов: употребление алкоголя и выбор способа совершения попытки. Они являются для большинства неопытных специалистов наиболее сложными из приведенных в таблице №3. Потому далее приведем статистические данные по их поводу и клинические наблюдения специалистов практиков по кризисной интервенции.

Выбор способа зависит от многих компонент: представление о летальности, культура, личные страхи (крови, высоты и другие), эстетика и так далее. Статистический анализ больших групп суицидентов показал значимые различия в выборе способа у лиц с завершёнными самоубийствами и лиц, совершивших попытку. Ранжированный список представлен ниже в таблице №4. Завершённые суициды представлены двумя вариантами, которые отличаются регионально.

Таблица №4. Выбор способа суицида.

Завершенный суицид		Попытки суицида
Вариант 1	Вариант 2	
1) Самоповешения; 2) Огнестрельные повреждения; 3) Отравления; 4) Падения с высоты.	1) Самоповешения; 2) Падения с высоты; 3) Отравления химическими веществами, медикаментами;	1) Отравления; 2) Самопорезы; 3) Самоповешения.

Сравнение двух распределений показывает, что лица, погибающие, от самоубийств, значительно чаще используют более насильственные, летальные способы (самоповешения, падения с высоты, самострелы), чем лица, совершающие суицидальные попытки; последние чаще используют отравления и самопорезы.

Следовательно, выбор способа суицида косвенно свидетельствует о серьезности намерений и риске завершеного самоубийства.

Более половины самоубийств и суицидальных попыток совершается в состоянии алкогольного опьянения. Наличие опьянения к моменту попытки констатируется не только у определенной части больных хроническим алкоголизмом, но и в других диагностических категориях, включая практически здоровых лиц, ранее употреблявших алкоголь умеренно или эпизодически.

Между приемом алкоголя и суицидальным поведением существует два основных типа соотношений.

При первом из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем — суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях.

При втором типе алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию своего намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно. С одной стороны, он повышает вероятность суицидальных действий, облегчает их реализацию; с другой стороны, в большинстве случаев, свидетельствует о недостаточной истинности и серьезности намерений; с третьей стороны — в силу ослабления критики и контроля над своим поведением может приводить к завершённым суицидам даже при явно демонстративных тенденциях.

Антисуицидальные факторы личности — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Антисуицидальные факторы складываются в определенную систему, куда входят:

- 1) интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким;
- 2) родительские обязанности;
- 3) выраженное чувство долга, обязательность;
- 4) концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба;
- 5) зависимость от общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида;
- 6) представление о неиспользованных жизненных возможностях;
- 7) наличие творческих планов, тенденции, замыслов;
- 8) наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Все перечисленные факторы подразделяются на две категории:

1) факторы, требующие для своего поддержания постоянной деятельности и дополнительных затрат энергии (такие, например, как наличие творческих планов и замыслов);

2) факторы, не зависящие от энергетических колебаний, не требующие дополнительной активности (такие, например, как ранее оформившиеся устойчивые представления о позорности суицида, или эстетические критерии).

Понятно, что при состояниях снижения психической активности (астения, депрессия) прежде всего, выходит из строя первая группа факторов, в то время как факторы второй группы отличаются достаточно стабильным функционированием.

Чем большим количеством действующих антисуицидальных факторов обладает субъект, тем прочнее его антисуицидальный барьер⁷⁵, тем менее вероятна реализация суицидальных тенденций, и наоборот.

Выявить антисуицидальные факторы можно в процесс направленной беседы.

Итак, *при определении индивидуального суицидального риска в экстремальных ситуациях* анализируются и сопоставляются два ряда факторов: суицидогенные и антисуицидальные.

Диагностика суицидогенного ряда включает в себя выявление:

1) Индивидуальных личностных факторов:

- непосредственных (интенциональных) — суицидальных тенденций;

- ближайших (статусных и позиционных) — суицидоопасных состояний и позиций личности;

⁷⁵ Антисуицидальный барьер – совокупность факторов препятствующих реализации суицидальных намерений.

- predispositionalных⁷⁶ — суицидогенных комплексов личности, форм и уровней дезадаптации.

2) Личностно-ситуационных факторов:

- конфликтов;
- суицидальных мотивов.

3) Групповых факторов риска:

- социально-демографических;
- прочих средовых;
- медицинских.

Диагностика антисуицидального ряда включает в себя выявление:

1) Факторов деятельности.

2) Факторов представлений.

Следует учитывать, что подавляющее большинство из перечисленных факторов (за исключением лишь пола) в той или иной степени подвержено изменениям в течение жизни человека: меняются ситуации, уровни адаптации, позиции и реакции личности, мотивы поведения, возраст, семейный и профессиональный статус, и т. д.

Поэтому, *диагностируемый у конкретного индивида в данных обстоятельствах уровень суицидального риска — низкий, средний, высокий — не может экстраполироваться на будущее.* Отдаленный прогноз суицидального поведения — задача чрезвычайно сложная, требующая поиска дополнительных критериев.

Для простоты восприятия и использования резюмируем суицидальные и антисуицидальные факторы сводной таблицей №5,

⁷⁶ Предиспозиционная фаза – обозначает период наивысшего напряжения.

которая позволяет структурировать и упростить материал для запоминания и использования в конкретной ситуации.

Таблица №5. Суицидальные и антисуицидальные факторы.

Суицидальные факторы	Антисуицидальные факторы
Эмоциональная депривация	Выраженная эмоциональная привязанность
Несформированность родственных связей	Родственные связи и обязанности
Эгоизм (эгоцентричность)	Чувство долга, понятие о чести
Положительное отношение к суициду	Принятие норм общественного поведения, осуждающих самоубийство
Несформированный образ будущего, несформированный навык целеполагания	Планы, определяющие цель жизни
Алкоголизация (наркотизация)	Приверженность здоровому образу жизни
Сужение сознания (туннельность)	Умение видеть ресурсные возможности
Склонность к негативному восприятию жизни	Позитивное восприятие жизни
Отсутствие смысла жизни	Способность к экзистенциальному осмыслению проблемы
Экзистенциальная пустота	Вера

Оценка степени суицидального риска.

Использование психологического подхода к определению суицидального риска позволяет установить социальные и индивидуально-психологические факторы риска. В подпункте посвященном суицидальным и антисуицидальным факторам освещены некоторые критерии оценки вероятности и степени истинности суицидальных намерений. Ниже представлена сводная таблица, разработанная Ромеком В.Г., Конторович В.А. и Крукович

Е.И. (Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И., 2004). Она имеет свою ценность при непосредственном контакте с суицидентом и оценке суицидального риска.

Приведенная таблица №6 содержит в себе оценку состояния (депрессия, зависимость, психотическое состояние), социальные (пол, возраст, семейное положение и другие) и диспозиционные факторы⁷⁷ суицидальной динамики (суицидальные и антисуицидальные факторы, развитие суицидальной динамики и т.д.).

Подобная оценка степени риска полезна как в непосредственной ситуации личного взаимодействия, так и при телефонном консультировании. Главным условием ее использования является налаженный контакт с суицидентом и грамотный сбор анамнеза.

Таблица №6. Шкала оценки угрозы суицида.

Возраст	12–24, 45 и выше
Депрессия	Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки	Да
Зависимость от психоактивных веществ	Да
Потеря рационального мышления	Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки	Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план	Время, место, способ
	Летальность данного способа исполнения
	Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)	Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно

⁷⁷ Диспозиция поведения (от лат. dispositio — расположение) — готовность, предрасположенность субъекта к поведенческому акту, действию, поступку, их последовательности.

Пол	Мужской	
Болезни	Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности с плохим медицинским прогнозом	
ИТОГО		
ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0–2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска I
3-4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5–6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7–10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

Отдельно следует отметить признаки депрессивных состояний. Они имеют свои отличия в различных возрастных категориях. Сбор общей симптоматики депрессии требует четкого знания критериев ее оценки специалистом, взаимодействующим с суицидентом. Приведем перечень симптомов и синдромов депрессии и депрессивного эпизода по DSM-5⁷⁸.

1. Большое депрессивное расстройство, включающее большой депрессивный эпизод

Характеризуется несколькими отдельными эпизодами (длительность которых не менее 2-х недель) изменения настроения, когнитивных и вегетативных функций, с промежутком (эпизодом ремиссии) между ними.

Диагностические критерии

Один из симптомов А-категории должен держаться на протяжении минимум двух недель. Необходимо не менее 5 из 9 критериев А-категории, один из которых первый или второй

⁷⁸ DSM-5 – американская классификация психических болезней.

А.

- Депрессивное настроение большую часть дня, определяется по самоотчету или наблюдениям окружающих. Это состояние может быть описано как грусть, пустота или безнадежность.
- Явно снизившийся интерес или удовольствие от различных видов активности большую часть дня, практически на протяжении всего дня.
- Значимая потеря веса при отсутствии диеты или прибавление в весе.
- Неспособность спать или чрезмерный сон на протяжении многих дней.
- Психомоторное возбуждение или ступор на протяжении многих дней.
- Усталость и потеря энергии на протяжении многих дней.
- Ощущение собственной бесполезности или виновности на протяжении многих дней.
- Снижение способности мыслить или концентрироваться, или нерешительность на протяжении многих дней.
- Регулярные мысли о смерти (не связанные со страхом смерти), суицидальные фантазии без четко определенного плана, или суицидальные попытки, или конкретизированный план по совершению суицида.

В. Симптомы способствуют клинически значимому дистрессу и снижению функционирования в социальной, профессиональной и других значимых сферах жизни.

С. Эпизод не вызван воздействием веществ или органическим расстройством.

Д. Явление не может быть лучше объяснено шизоаффективным расстройством, шизофренией, бредовым расстройством, каким-либо другим расстройством шизофренического спектра и психотическими расстройствами.

Е. В анамнезе нет эпизода мании⁷⁹ или гипомании.

2. Хроническое депрессивное расстройство (дистимия)

Диагностические критерии

А. В течение двух или более лет, большую часть времени больной жалуется на сниженное настроение или проявляет признаки пониженного настроения.

В. Во время эпизодов пониженного настроения наблюдаются два или более из следующих симптомов:

- сниженный аппетит или переедание;
- бессонница или гиперсомния⁸⁰;
- усталость или недостаток энергии;
- сниженная самооценка;
- сниженная концентрация внимания или затруднения в принятии решений;
- пессимизм или чувство безнадежности.

С. В течение последних двух лет (1 год для детей и подростков) критерии А и В не отсутствовали более, чем два месяца подряд.

⁷⁹ Мания (др.-греч. *μανία* «страсть; безумие; влечение») — психическое расстройство, которое вызывается психомоторным возбуждением. Это заболевание характеризуется постоянным избыточным возбуждением эмоциональной и умственной сферы. Мозг непрерывно выплескивает воспоминания, впечатления, а также проецирует наружу разнообразные действия и движения.

⁸⁰ Гиперсомния - наличие чрезмерной дневной сонливости или избыточной продолжительности сна.

Д. Критерии для большого депрессивного расстройства могут постоянно присутствовать в течение 2-х лет.

Е. Никогда не наблюдалось признаков маниакального эпизода или гипомании, и никогда не было соответствия критериям циклотимии.

Ф. Расстройство не объясняется лучше шизоаффективным расстройством, шизофренией, бредовым расстройством, или другим неуточнённым расстройством шизофренического спектра и другим психотическим расстройством.

Г. Эти симптомы не связаны с физиологическими эффектами веществ (наркотиков или лекарств, допускающих злоупотребление), и не вызваны другим медицинским состоянием (например, гипотиреозом).

Н. Указанные симптомы вызывают значительные негативные последствия в социальной и профессиональной области, влияют на академическую успеваемость индивида или на какие-либо другие важные для него сферы его жизни.

Для диагностики депрессии в детском и подростковом возрасте данные критерии не имеют актуальности. В соответствии с данным замечанием, приведем общие признаки депрессивных состояний у детей и подростков по Моховикову А.Н. (Моховиков А.Н., 2001).

Таблица №7. Признаки депрессии у детей и подростков по Моховикову А.Н.

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна

Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогоулы в школе

Структура диалога и прикладные техники кризисной интервенции при суицидальном поведении.

При реализации суицидальных намерений можно определить две стратегии реагирования, зависящих от состояния суицидента.

В случае аффективного суицидального поведения необходимо принять меры незамедлительно и твердо. В таком состоянии восприятие окружающей действительности становится невозможным. Поэтому, кризисная интервенция в диалоговой форме становится бесполезной. Здесь принимаются меры,

физически препятствующие совершению попытки. Их необходимо применять до тех пор, пока аффект сойдет на нет. Параллельно вызывается скорая помощь (самостоятельно или при помощи других людей).

Единственной возможностью вербального воздействия на суицидента в состоянии аффекта является техника «Рауш гипноза». Для ее реализации необходима твердая решительность и уверенность в себе специалиста. Первично необходимо оказаться в поле зрительного внимания, если это возможно. Следом за этим резко и громко выкрикнуть команду: «Стой!!!», «Стоять!!!» или им подобные. Коротко и императивно. Сразу после первичной реакции, которую можно наблюдать в прерывании действия и вегетативных изменениях, тихим голосом, почти шёпотом отдается следующая команда: «Сядь. Смотри только на меня и расскажи мне все, что случилось». Затем своими действиями настойчиво подталкиваем к осуществлению обозначенных действий.

В большинстве случаев эта техника работает по принципу подпорогового внушения. Так удастся сбить (или перебить) аффективные импульсы и добиться возможности диалога.

В тех случаях, когда есть возможность осуществить кризисную интервенцию (клиент не находится в состоянии аффекта и имеет возможность к диалогу) необходимо прибегать к стратегии разработанной Амбрумовой А.Г. (Амбрумова А.Г., 1986) и структурированную Сакович Н.А. (Сакович Н.А., 2012).

Кризисная психотерапия по Г.В. Старшенбауму и А.Г. Амбрумовой состоит из трех этапов:

1. Кризисная поддержка.
2. Кризисное вмешательство.
3. Повышение уровня социально-психологической адаптации.

Каждый из этапов работы включает в себя отработанную последовательность действий, которая разработана с учетом успешного опыта ведущих специалистов в области

консультирования суицидентов. Необходимость строгого их соблюдения не является самоцелью, но в значительной мере помогает как консультанту, так и суициденту продвигаться к цели сохранения жизни.

Кризисная поддержка.

Обычно к данному виду помощи прибегают в начале отношений с суицидентом, то есть либо в острый период развития суицидальной динамики, либо непосредственно в момент совершения попытки.

Время первого контакта не должно ограничиваться, клиенту надо позволить выговориться. Для снятия эмоционального напряжения и открытия возможностей к решению ситуации может потребоваться и несколько часов. Консультант должен быть уверен в том, что у него есть время и всем своим видом, словами, голосом (невербально) давать это понять суициденту.

В первой беседе не следует касаться базового конфликта и неадаптивных моделей клиента, приведших к суицидальным реакциям. Консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и чувства безнадежности.

Кризисная поддержка включает в себя следующие этапы:

1. установление контакта и доверительных отношений
2. структурирование ситуации, раскрытие эмоциональных переживаний и их выражение
3. включение в контекст жизненного пути
4. преодоление исключительности ситуации
5. снятие остроты ситуации
6. антисуицидальный контракт
7. формулировка ситуации
8. планирование действий

9. завершение беседы

Подробное описание каждого этапа кризисной поддержки приводится по методическому руководству для психологов-консультантов с дополнениями (Аношкина Ю.Ю., Вакулина Е.А., Солянова И.Н., 2007).

1. Установление отношений.

На этом этапе используется активное эмпатическое выслушивание и осуществляется подстройка⁸¹ к модели мира для создания первичного доверия.

Создание атмосферы доброжелательности, принятия и установление раппорта⁸² дают клиенту ощущение безопасности и способствуют самораскрытию. Клиент стимулируется к откровенному разговору о ситуации фрустрации и причинах ее возникновения.

На этом этапе суициденты часто прибегают к провокации для проверки надежности специалиста. При этом важно сохранить самообладание и доброжелательность, а также конструктивно отреагировать на ситуацию.

В период установления отношений следует избегать интерпретаций, глубокого анализа и конфронтации. Высокую эффективность показывают навыки подстройки и калибровки состояний (терминология НЛП).

2. Структурирование ситуации, раскрытие эмоциональных переживаний и их выражение.

Специалист собирает по шагам ситуацию, которая привела к попытке окончить жизнь самоубийством. Помимо этого, собирает общий и семейный анамнез, выделяет актуальный внутриличностный конфликт.

⁸¹ Подстройка или присоединение (из НЛП) – процесс отражения (через повторение) значимых характеристик личности и поведения оппонента.

⁸² Раппорт – специфическая связь между двумя взаимодействующими людьми, основанная на доверии и вследствие этого концентрации внимания на словах и действиях собеседника.

Параллельно следует производить оценку психической сферы на предмет патологии. В большинстве случаев, ее можно заметить сразу по нескольким признакам, наиболее яркие из них: нарушения мышления (бредовые идеи, бессвязность, брадифрения или тахифрения⁸³ и др.), иррациональные мотивы попытки суицида (например, галлюцинаторного свойства: голос в голове заставляет и др.). То есть, на этом шаге работы производится грубая оценка психического статуса, важно лишь отсеять тяжелые (психотические) нарушения, при которых конструктивный контакт невозможен. Если таковые наблюдаются специалистом, то действия сводятся к применению стратегии, которая описана выше для суицидентов в аффективном состоянии.

На этом этапе крайне важно выяснить степень риска суицидального поведения, антисуицидальные факторы (глава II, п. 2.2.) и мотивы порождающие суицидальные тенденции (глава I, п. 1.3.).

В процессе сбора информации необходимо стимулировать суицидента выражать эмоции. При этом важно лишь способствовать выражению для их утилизации, чтобы клиент таким способом мог снизить эмоциональную напряженность. Не следует провоцировать развитие этих эмоций (как делают при применении катартических⁸⁴ и аналитических техник).

3. Включение в контекст жизненного пути.

Проясняя последовательность ситуации, консультант время от времени обращает внимание клиента на взаимосвязь теперешнего его состояния и предшествующих событий. Тем самым, консультант подготавливает почву для осознания клиентом другой взаимосвязи: изменяя внешние и внутренние источники острого кризиса, клиент может изменить и свое состояние.

В сущности, на данном этапе производится смена позиции восприятия. Клиент мягко побуждается выйти из ассоциированного

⁸³ Бради и тахи- френия – расстройства мышления, обозначенные замедлением или излишним ускорением мышления соответственно.

⁸⁴ Катартические техники – техники психотерапии при которых повышение напряжения приводит к его разрядке путем инсайта (озарения) и смены точки зрения на проблемную ситуацию. Пик напряжения эмоциональной сферы выступает в данном случае катализатором для осознания и смены позиции восприятия.

переживания ситуации в позицию наблюдателя, который собирает ситуацию в некоторую последовательность. Помимо этого, необходимо в построении этой последовательности учесть внутренние ресурсы (или их недостаток) каждого участника ситуации. Последнее уже само по себе может привести к инсайтам, способным снизить суицидальную активность, вплоть до полной ее редукции. Для этих целей можно использовать модель рациональной терапии, техники моделирования НЛП или техники психодрамы (с одним отличием – действие разворачивается не в реальной действительности, а поле мыслей индивида).

4. Преодоление исключительности ситуации.

Используя высказывания клиента, консультант тактично обращает внимание клиента на то, что аналогичные ситуации встречаются в жизни довольно часто, и большинство людей справляются с ними. При этом необходимо подчеркнуть, что, конечно, это очень болезненные переживания и преодоление ситуации требуют терпения и времени. Эти замечания необходимы, чтобы у клиента не возникло ощущения обесценивания его переживаний. Лучший вариант донесения этих идей – метафора.

5. Снятие остроты ситуации.

К этому времени клиент, возможно, уже несколько раз говорил о своих суицидальных намерениях или по-другому выражал свое нежелание жить.

В таком случае важно мягко объяснить клиенту, что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе лучше отложить, так как сначала необходимо все обдумать и выяснить возможные альтернативные пути разрешения его ситуации.

На этом этапе уместно прояснить целеполагание самоубийства, то есть выяснить, от чего именно собирается уйти клиент, таким образом, чего он хочет избежать, что именно он хочет разрешить таким путем.

6. Антисуицидальный контракт.

Консультант договаривается с клиентом, что он откажется от принятия решения о суициде до тех пор, пока не будут обсуждены все возможные обстоятельства и выработаны все возможные альтернативные шаги для изменения состояния клиента.

Если клиент не выражает открыто суицидальных намерений, но из его повествования и ответов на вопросы консультанта проявляются факторы риска и действия, свидетельствующие о суицидальных намерениях, консультант должен выяснить вероятность самоубийства, задавая клиенту косвенные вопросы.

7. Формулировка ситуации.

Во многих случаях, сообщив всю значимую информацию, клиент испытывает трудности в ее осмысливании, в интеллектуальном овладении событиями, так как когнитивная сфера его интеллекта на данный момент сужена.

Данный прием редко используется при других ситуациях, где желательно, чтобы клиент сам формулировал свои проблемы. Однако при острых кризисах и суицидальных реакциях формулировка ситуации консультантом помогает клиенту реалистически принять происходящее. Кроме того, это создает у клиента представление, что какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята другими людьми, и консультант ее понимает. Тем самым у клиента уменьшается переживание одиночества и беспомощности.

8. Планирование действий.

В первой беседе клиент не всегда готов к непосредственному разрешению ситуации, вызвавшей суицидальные реакции. Однако нельзя прерывать контакт без обговаривания того, что именно будет делать клиент, чтобы облегчить свое состояние и как будет проводить время в период до следующей беседы.

Это фиксирует внимание клиента на реальных жизненных действиях и структурирует его время, что очень важно в период психической дезорганизации.

9. Завершение беседы.

Завершая беседу, консультант сообщает клиенту, что им необходимо закончить беседу через 10-15 минут, напоминает клиенту про антисуицидальный контракт, повторяет формулировку ситуации и план жизни клиента в период между сессиями, затем устанавливает время следующей сессии и выражает надежду, что их беседа состоится, и что ждет контакта с клиентом.

Подобная стратегия - очень действенный способ предотвратить возможные суицидальные реакции, так как оставляет клиента с уверенностью, что ему хотят оказать помощь, что он не одинок.

Первая стадия суицидальной интервенции не всегда укладывается в одну беседу. Иногда она может состоять из двух – трех бесед. В каждой из этих бесед основное внимание уделяется выражению чувств и активной психологической поддержке клиента.

Кроме того, консультант использует терапию успехами и достижениями, обращая внимание клиента на его успехи, удачи, опыт преодоления жизненных трудностей. Данный прием помогает клиенту развернуться к позитивным сторонам жизни и самого себя.

Ниже приведем общую структурную схему кризисной интервенции.

Схема «Структура кризисной интервенции при суицидальном поведении».



Кризисное вмешательство (коррекция суицидальных установок).

На этом этапе необходимо перейти к коррекционной работе, направленной на изменение суицидальных убеждений. Здесь пока не идет речи о полноценной психотерапии и укреплении адаптации. Необходимо произвести переоценку ценностей и снизить актуальность суицидальных мыслей как возможного способа решения психотравмирующих ситуаций. На данном этапе

работа проводится только специалистом (психологом или психотерапевтом).

Кризисное вмешательство состоит из 4 этапов.

1. Рассмотрение альтернативных способов разрешения кризисной ситуации. На этом этапе необходимо использовать сохранившиеся антисуицидальные факторы и, опираясь на них, прорабатывать программу выхода из трудной ситуации.

2. Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешений кризисной ситуации. Суицидогенная установка - представление о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Данные установки являются одной из основных причин суицидоопасных реакций на кризисную ситуацию.

Рассмотрим ниже наиболее распространенные суицидальные убеждения и общие направления работы в каждом из случаев.

- Широко распространена суицидогенная установка, состоящая в том, что та или иная ценность обладает большей значимостью, чем собственная жизнь, и утрата данной ценности несовместима с жизнью. В таких случаях необходимо провести девальвацию⁸⁵ утраченной ценности, а также повышение значимости жизни клиента и сохраненных ценностей.
- Часто лица с суицидальными установками пользуются угрозой смерти и действительным самоубийством для того, чтобы определенным образом повлиять на значимых людей, добиться их жалости, раскаяния, уважения по отношению к суициденту. Для предотвращения самоубийства консультанту нужно понять, что именно хочет сообщить значимому другому данный клиент своей попыткой уйти из жизни, и совместно с ним разработать иной способ довести до близкого человека это же сообщение.

⁸⁵ Девальвация – обесценивание, снижение значимости.

- Часто суициденты обнаруживают представления о всеисильности самоубийства, исключительной силе его влияния. Предполагается, что его никогда не забудут; или что это покажет силу чувств суицидента, или что это повлияет на какие-то поступки или судьбу других людей. Необходимо привести веские аргументы того, что в большинстве случаев самоубийство не имеет такого глобального влияния на окружающих.
- Суицид, предпринимаемый как месть, как наказание предполагает нереалистичное убеждение, что те, кому будет мстить клиент, будут вечно страдать и раскаиваться, а он насладится их раскаянием. Особенно часто эта мотивация встречается среди подростков. В данном случае необходимо девальвировать значение факта смерти для «наказуемых» и подчеркнуть необратимость смерти для клиента. Обычно такая месть имеет скрытый смысл подчеркнуть свою значимость в жизни других людей. Поэтому работа по выработке альтернативного решения может вестись в направлении конструктивных путей повышения значимости и, в первую очередь, значимости собственной жизни и судьбы и возможности будущего счастья и успехов.
- Суицид, предпринимаемый в результате потери смысла жизни, является самым тяжелым вариантом для коррекции. Чаще всего такой мотив свойственен людям старше 60 лет, когда человек решает, что он неправильно прожил свою жизнь, или переживает утрату близкого человека, а также одиноким пожилым людям, калекам, больным людям. В таком случае приемлемее всего будет обсуждение экзистенциальной ценности жизни. Необходимо обсудить имеющиеся возможности сделать свою жизнь более наполненной и приятной.

3. Коррекция суицидогенных установок и укрепление антисуицидальных факторов. Снизить значение доминирующих суицидогенных ценностей лучше с помощью метафор (истории и сказки), направленных на актуализацию антисуицидальных

факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности могут привести к нарастанию аффективной напряженности и к психологическому сопротивлению кризисному вмешательству.

4. Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий суицидента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению.

В завершении этого этапа суицидент отказывается от рассмотрения самоубийства, как способа решения своих проблем. Естественным и логичным завершением становится договоренность о последующей психокоррекции или психотерапии для повышения адаптационных возможностей и решения внутриличностного конфликта.

В зависимости от принадлежности консультанта (психолога, психотерапевта) к тому или иному подходу, в диалоге могут быть применены различные методы и техники: метафора, рефрейминг, кататимное переживание образов, манипулирование чувством вины, мягкая конфронтация, диссацированная терапия частей, трансовые техники и другие. Главное помнить. Что их применение направлено на коррекцию суицидальных установок, а не на начало терапевтической помощи, на которую клиент еще не имеет ресурсов (в большинстве случаев).

Так же следует учитывать, что суициденты могут имитировать прогресс, чтобы поскорее закончить терапию (субъективно неприятный процесс). Также, если лечение проходит стационарно, то помимо избегания фрустрирующих и болезненных эмоциональных переживаний, имитация может иметь мотивом повторение попытки после выписки. И в том, и в другом случае, консультанту следует достаточно точно уметь определить истинное отношение к суицидальному поведению и фон общего настроения. Подобные навыки можно развить, используя следующие техники: калибровка (Холл М., Боденхамер Б., 2016), отслеживание микромики (Экман П., 2017), направленные ассоциации Юнга (Юнг К.Г., Сэмюэлс Э., Одайник В., Хаббэк Дж., 1995) и им подобные.

Повышение уровня социально-психологической адаптации.

Данное направление не относится собственно к кризисной интервенции, но неизменно сменяет его. Поскольку снятия остроты кризиса недостаточно для решения внутриличностных проблем суицидента, что способствует предотвращению последующих попыток. Для достижения целей стабилизации личности необходимо реализовать терапевтический (или коррекционный) процесс по социально-психологической адаптации. Задачи повышения уровня социально-психологической адаптации предполагают работу психолога или психотерапевта. Собственно, - это процесс психокоррекции и психотерапии в классическом смысле.

Цель социально-психологической адаптации лежит в пределах освоения определенных социально-психологических механизмов функционирования индивида в обществе других людей. В известном смысле, это процесс гармонизации внутренних и внешних, по отношению к личности, условий жизнедеятельности. Результат этого процесса – адаптивное, адекватное социальным и психологическим нормам существование индивида, сопровождающееся эмоциональным равновесием и субъективной удовлетворенностью.

Социально-психологическая адаптация выступает и как средство защиты личности, с помощью которого ослабляются и устраняются внутреннее психическое напряжение, беспокойство, дестабилизационные состояния, возникающие у человека при взаимодействии его с другими людьми и обществом в целом. *Защитные механизмы психики при этом выступают как способы психологической адаптации человека. Их развитие представляет собой ядро процесса социально-психологической адаптации.* В большинстве случаев, для этого необходимо переработать травмирующие ситуации, как актуальные, так и связанные с появлением «слабого звена» личности в более раннем возрасте (Крысько В.Г., 2001).

Кроме психологической защиты к другим функциям социально-психологической адаптации относятся:

- достижение оптимального равновесия в динамичной системе «личность – социальная среда»;
- максимальное проявление и развитие творческих возможностей и способностей личности, повышение ее социальной активности;
- регулирование общения и взаимоотношений;
- формирование эмоционально-комфортных позиций, установок личности;
- самореализация личности;
- самопознание и самокоррекция;
- повышение эффективности деятельности как адаптирующейся личности, так и социальной среды, коллектива;
- повышение стабильности и сплоченности социальной среды;
- сохранение психического здоровья.

Поскольку обеспечение процесса социально-психологической адаптации задача профильного специалиста (психолога или психотерапевта), ограничимся кратким описанием общих задач. Их достижение у отдельного специалиста (содержательная сторона) зависит от подхода, в котором он работает.

- Выделение актуального конфликта;
- Прояснения динамики структуры личности;
- Поиск ресурсов, не достаточных для преодоления психотравмирующих переживаний;

- Эмоциональное отреагирование и катарсис;
- Актуализация (привнесение или развитие) необходимых ресурсов, как внутрилично, так и в поведенческом плане.

Данные задачи могут иметь различное содержание, а также дополнены или преобразованы. Как говорилось выше, это зависит от квалификации специалиста и его склонности к тому или иному терапевтическому подходу. Следует указать, что предпочтительными, по результатам международных исследований, являются: когнитивно-бихевиоральная терапия, гипнотерапия, метафорическая психотерапия (неаналитическая), вариации психосинтеза (образный тренинг или направленное воображение). В последнее время, высокую эффективность показывает диалектико-бихевиоральный подход, который сочетает когнитивно-поведенческую терапию и работу в транссовых техниках.

2.3. Постсуицидальное сопровождение.

Работа с клиентом в постсуицидальный период имеет высокое значение для предотвращения повторных попыток. Разумеется, в конечном счете, она сводится к реализации кризисных интервенций и последующей социально-психологической адаптации суицидента. Либо психиатрической помощи при наличии необходимости в таковой. Но следует учитывать. Что сами по себе обстоятельства суицидальной попытки, способы ее предотвращения и физические последствия накладывают отпечаток на психическое состояние. Их учет является важным. Помимо этого, следует знать критические точки и возможности специалиста для их преодоления.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде обозначаются три главных момента:

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

На этом основании предлагается выделять **четыре типа постсуицидальных состояний** (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2001).

Первый тип — критический.

1) Конфликт утратил свою актуальность, так как в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована⁸⁶. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность», привело к «обрывающему» эффекту.

2) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет.

⁸⁶ Гиперболизация – значительное преувеличение (производное от гиперболы – в литературном смысле).

3) Отношение к совершенной попытке — чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

Второй тип — манипулятивный.

1) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону.

2) Суицидальных тенденций нет.

3) Отношение к совершенной попытке — легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом. Однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Закрепление этого способа в памяти.

При манипулятивном типе постсуицидальных состояний вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

Третий тип — аналитический.

1) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

2) Суицидальных тенденций нет.

3) Отношение к попытке — раскаяние за совершенное покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта, однако, поскольку последний сохраняет

свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как необдуманный шаг, под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

Четвертый тип — суицидально-фиксированный.

- 1) Конфликт актуален.
- 2) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимулируются⁸⁷).
- 3) Отношение к суициду — положительное, причем вербально это может выражаться в таком, заявлении как: «не вижу иного пути».

В данном случае пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т. е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

Очевидно, что с типом постсуицидальных состояний определенным образом должна быть связана тактика воздействия. Так, при критическом типе она может быть ограничена рациональной психотерапией. Но при манипулятивном — уже необходимо применить комплекс воздействий на личность суицидента. Задачи психолога или психотерапевта расширяются до изменения ценностных ориентации, выработки негативного отношения к суициду, разрушения суицидального паттерна реагирования, который в будущем мог бы привести к повторным попыткам. То есть, предполагает кризисную интервенцию и социально-психологическую адаптацию.

При аналитическом типе постсуицидальных состояний особые усилия следует направлять на ликвидацию конфликтной ситуации.

⁸⁷ Диссимуляция — сознательное сокрытие (например, признаков болезни по каким-либо причинам).

Если она обусловлена психопатологией, следует прибегнуть к помощи психиатра и психотерапевта. В остальных случаях – необходим курс психологического консультирования и по показаниям следует прибегнуть к мерам социальной помощи и поддержки. Но, так или иначе, суицидент нуждается в активной помощи и систематическом наблюдении.

Естественно, что наличие суицидально-фиксированного типа постсуицидальных состояний служит прямым показанием для применения мер строгого надзора по отношению к суициденту.

В связи с тем, что постсуицидальные состояния имеют свою динамику, целесообразно различать три периода в их развитии:

- 1) Ближайший постсуицид (в течение первой недели после совершенной попытки).
- 2) Ранний постсуицид (от недели до месяца после попытки).
- 3) Поздний постсуицид (последующие 4—5 месяцев).

Наиболее острым, сложным и ответственным является ближайший постсуицидальный период. Проявления его полиморфны⁸⁸ и складываются из психических переживаний и сомато-неврологических осложнений, вызванных суицидальной попыткой. Несмотря на лабильность оценок и личностных позиций в течение недели после суицида формируется тип постсуицидального состояния, поэтому одной из главных задач является его правильная квалификация и выработка тактики дальнейшего ведения суицидента.

В раннем постсуицидальном периоде по мере ликвидации соматических осложнений на первый план выходят проблемы социально-психологической помощи или психиатрических мер (в случаях психопатологии). Основные усилия должны быть направлены на ликвидацию конфликтной ситуации, выработку адекватных установок у суицидента, повышение его толерантности к психогенным влияниям и ликвидацию психопатологической

⁸⁸ Полиморфизм (от греч. πολὺ- — много, и μορφή — форма) – сочетание разрозненных по природе феноменов.

продукции. Важно отметить, что в раннем постсуициде пациенты особенно подвержены травматизации и возрождению суицидальных тенденций, поэтому контакт их со специалистом должен быть тесным и систематическим, независимо от того, происходит ли он в стационарных условиях или амбулаторно. Соответственно, на этом этапе решаются задачи кризисной интервенции.

Следует отметить, что многие суициденты проводят «проверку» терапевта (консультанта), провоцируя угрозами или «околосуицидальными» действиями. Очень важно продемонстрировать стойкую принимающую, но твердую антисуицидальную позицию. Конструктивные действия и эмоциональное приятие позволяют достичь этой цели. Подобные попытки имеют место на момент установления доверительных отношений. От их исхода во многом зависит теснота контакта и последующие возможности по терапии (коррекции) суицидальных установок.

При благополучном прохождении раннего постсуицида, критериями чего служат: ликвидация конфликта, отсутствие суицидальных тенденций, устойчивое отрицательное отношение к совершенной попытке и наличие правильных жизненных ориентаций, — наступает поздний постсуицидальный период. На позднем этапе с особой отчетливостью выступают проблемы, не имеющие прямого отношения к данному суицидогенному конфликту, а затрагивающие уровни социальной адаптации личности. Необходимость психокоррекционных воздействий в этом периоде также не подлежит сомнению. Они описаны целями социально-психологической адаптации.

Заключение.

Работа с суицидальным поведением – сложная и актуальная. Содержание глав данного методического руководства дает возможность в этом убедиться. В заключение подчеркнем несколько наиболее важных идей, которые ранее были раскрыты.

Во-первых, очередной раз отметим, что предотвращение суицида и помощь после попытки – требует комплексного подхода, а соответственно взаимодействия специалистов разных направлений. Это с одной стороны – вопрос человеческого фактора и организационных возможностей, с другой – преодоление ригидности в умолчании и обесценивании признаков (или случаев) суицидального поведения.

Во-вторых, для эффективного оказания помощи суицидентам требуется точная постановка задач и реализация последовательности в предполагаемых интервенциях. Имеется в виду несколько аспектов. Для начала. На этапе диагностики следует быть осторожным с оценкой наблюдаемых явлений, чтобы предотвратить навешивание ярлыков и возможную в подобных случаях ятрогению⁸⁹. В процессе кризисной интервенции следование общему алгоритму позволяет достичь максимальной эффективности. В некоторых случаях появляется возможность или соблазн катализировать работу, иногда вовсе опустить некоторые шаги. Например, при демонстрации суицидентом рационального подхода к попытке, может сложиться впечатление, что не требуется кризисной интервенции и возможно перейти к обеспечению процесса социально-психологической адаптации. Здесь следует помнить, что видимое отсутствие суицидальных тенденций или номинальное понимание ситуации суицидентом – не свидетельствует о редукции суицидогенных факторов. Так же важно обращать внимание на перенос и контрперенос, поскольку в

⁸⁹ Ятрогения — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником. В нашем случае специалистом, осуществляющим работу с данным индивидом.

случаях суицидального поведения они бывают достаточно выраженными.

В-третьих, помощь суицидентам, независимо от стадии формирования суицидального поведения (пресуицид, совершение попытки, постсуицид), должен оказывать по возможности профессионал. Если такой возможности нет, взяться за подобную работу можно любому, при условии точного понимания алгоритма работы и уверенности в способности его реализовать. Помимо этого, важно иметь базовые установки, которые помогают процессу (подробно рассмотрены в главе II п. 2.2): распределение ответственности, позиция исследователя и отстраненность от своих страхов.

Отдельно упомянем, что специалист, оказывающий помощь суициденту, должен обладать знаниями относительно суицидальной активности, в общем. В данном методическом руководстве освещены основные теоретические и практические направления, но данный анализ нельзя назвать исчерпывающим. Поскольку цель состояла в том, чтобы создать общую канву в работе по предотвращению суицидов и оказанию помощи после свершенных попыток, некоторые тонкости (в основном в области психотехнологий) остались лишь упомянутыми. Для психолога или психотерапевта – это возможность раскрыть уже имеющийся инструментарий в новой плоскости, либо обрести новый, позволяющий решать поставленные задачи. Для остальных специалистов – вполне достаточное описание, которое позволит понять весь процесс и правильно организовать имеющиеся ресурсы для работы в данном направлении.

Список литературы

Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. - М : Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР, 1980.

Аношкина Ю.Ю., Вакулина Е.А., Солянова И.Н. Специальные вопросы социально-психологического консультирования. Методическое пособие для психологов-консультантов. - Саратов : ГУРЦКСОДМ "Молодежь плюс", 2007.

Вроно Е. М., Ратинова Н. А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков. - М. : Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии, 1989.

Всемирная организация здравоохранения Превенция самоубийств. Руководство для врачей общего профиля. - Женева : редакция: д.м.н. Розанов В.А., к.м.н. Моховиков А.Н., 2000.

Всемирная организация здравоохранения Превенция самоубийств. Справочное пособие для консультантов. - Женева : [б.н.], 2006.

Выготский Л.С. Педагогическая психология. - М. : Психолог, 2001.

Данилова М. Б., Пепеляева Т. И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией. - М : Методические рекомендации, 1987.

Ефремов В.С, Тогилов В.А. Депрессия и суицид. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. - СПб : Военно-Медицинская академия, 2000.

Ефремов В.С. Об оценке психического состояния суицидента во время попытки самоубийства. - СПб : Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии, 2001.

Зиновьев С.В. Наследство Ниобы. Лики депрессии. - СПб. : [б.н.], 2002.

Колесникова И.С., Церковникова Н.Г. Исследование взаимосвязи суицидального поведения и акцентуаций характера подростков. - Новосибирск : Сборник статей по материалам XXVII международной научно-практической конференции, 2014.

Краснов В.Я. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях. - М. : НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1989.

Крысько В.Г. Социальная психология. Словарь справочник. - М : АСТ, 2001.

Лазарашвили И.С. Анализ повторных суицидальных действий практически здоровых лиц и лиц, страдающих некоторыми формами психопатий: автореф. дис. канд. мед. наук. - М. : Московский научно-исследовательский институт психиатрии, 1986.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М. : Политиздат, 1975.

Личко А. Е. Шизофрения у подростков. - Л : Медицина, 1989. - стр. 214.

Личко А. Е., Александров А. А. Суицидальное поведение подростков. - М. : Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения, 1974.

Личко А. Е., Александров А. А. Суицидальное поведение подростков. // Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения. - М., 1974 .

Моховиков А.Н. Введение к клинико-психологическому разделу // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. - М : Когито-центр, 2001.

Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - СПб : Речь, 2004.

Сакович Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков. - Москва : Генезис, 2012.

Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. - М. : Деловая книга, 2001.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М. : Когито-Центр, 2005.

Холл М., Боденхамер Б. Полный курс НЛП. - Москва : АСТ, 2016.

Экман П. Психология эмоций. - СПб : ПИТЕР, 2017.

Юнг К.Г., Сэмюэлс Э., Одайник В., Хаббэк Дж. Аналитическая психология. Прошлое и настоящее. - Москва : Матрис, 1995.

Приложение №1. Шкала социальной адаптации Холмса-Рея.

Смерть партнера	— 100
Развод	— 73
Тяжелая болезнь	— 65
Тюремное заключение	— 63
Смерть близкого члена семьи	— 63
Серьезная травма или заболевание	— 53
Брак	— 50
Потеря работы	— 47
Примирение и другие перемены в семейной жизни	— 45
Выход на пенсию	— 45
Изменение в состоянии здоровья члена семьи	— 44
Беременность	— 40
Сексуальные проблемы	— 39
Появление нового члена семьи	— 39
Перемена места работы	— 39
Изменение в финансовом состоянии	— 37
Смерть близкого друга	— 37
Перевод на другую работу	— 36
Серьезные разногласия с партнером	— 35
Долг более чем 1000 долларов	— 31
Срок уплаты долга	— 30
Перемены в ответственности по месту работы	— 29
Уход сына или дочери из родного дома	— 29
Конфликты с тестем (свекром), тещей (свекровью)	— 29
Исключительный личный поступок или достижение	— 27
Супруга поступает на работу или заканчивает ее	— 26
Поступление в школу или ее окончание	— 26
Перемена в условиях жизни	— 25

Смена привычек	— 24
Проблемы и конфликты с начальством	— 23
Изменение рабочего времени или условий работы	— 20
Смена жилья	— 20
Перемена школы	— 20
Смена видов отдыха	— 19
Перемена церкви	— 19
Перемена в общественной деятельности	— 18
Долг менее чем 1000 долларов	— 17
Перемены, связанные со сном и режимом дня	— 16
Перемены в семье (смерть, браки, расставания)	— 15
Перемены в привычном образе питания	— 15
Отпуск	— 13
Рождество	— 12
Проступок (штраф и т. д.)	— 11

Интерпретация

Сосчитайте число баллов, соответствующих тем событиям и ситуациям, которые за последний год происходили в жизни. Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то число баллов за это событие следует умножить на соответствующее количество раз.

Сумма баллов меньше 150 предполагает низкий уровень стресса и низкую вероятность стрессовых расстройств (менее 30%). В диапазоне 150-299 баллов риск развития расстройства около 50%, а если сумма баллов превышает 300, то риск стрессового расстройства достигает почти 80%.

Приложение №2. Тест-опросник Леонгарда-Шмишека.

Описание

Тест-опросник Шмишека и Леонгарда предназначен для диагностики типа акцентуации личности, опубликован г. Шмишеком в 1970 году и является модификацией «Методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда». Методика предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Согласно К. Леонгарду, акцентуация – это «заострение» некоторых, присущих каждому человеку, индивидуальных свойств.

Акцентуированные личности не являются патологическими, другими словами, они нормальные. В них потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Тест предназначен для выявления акцентуированных свойств характера и темперамента лиц подросткового, юношеского возраста и взрослых. Характерологический тест Шмишека подходит для учета акцентуаций характера в процессе обучения, профессионального отбора, психологического консультирования, профориентации.

Инструкция

Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Отвечайте, долго не раздумывая, вы можете выбрать один из двух ответов: «да» или «нет», других вариантов ответов нет. Свой ответ нужно отметить в ответном бланке, поставив крестик в окошке «да» или «нет» напротив цифры, соответствующей номеру вопроса.

Тестовое задание

1. Является ли ваше настроение в общем веселым и беззаботным?
2. Восприимчивы ли вы к обидам?
3. Случалось ли вам иногда быстро заплакать?
4. Всегда ли вы считаете себя правым в том деле, которое делаете, и вы не успокоитесь, пока не убедитесь в этом?
5. Считаете ли вы себя более смелым, чем в детском возрасте?
6. Может ли ваше настроение меняться от глубокой радости до глубокой печали?
7. Находитесь ли вы в компании в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без достаточных оснований находитесь в угрюмом и раздражительном настроении и ни с кем не хотите разговаривать?
9. Серьезный ли вы человек?
10. Можете ли вы сильно воодушевиться?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Быстро ли вы забываете, если вас кто-нибудь обидит?
13. Мягкосердечный ли вы человек?
14. Пытаетесь ли вы проверить после того, как опустили письмо в почтовый ящик, не осталось ли оно висеть в прорези?
15. Всегда ли вы стараетесь быть добросовестным в работе?
16. Испытывали ли вы в детстве страх перед грозой или собаками?
17. Считаете ли вы других людей недостаточно требовательными друг к другу?
18. Сильно ли зависит ваше настроение от жизненных событий и переживаний?
19. Всегда ли вы прямодушны со своими знакомыми?
20. Часто ли ваше настроение бывает подавленным?
21. Был ли у вас раньше истерический припадок или истощение нервной системы?
22. Склонны ли вы к состояниям сильного внутреннего беспокойства или страстного стремления?

23. Трудно ли вам длительное время просидеть на стуле?
24. Боретесь ли вы за свои интересы, если кто-то поступает с вами несправедливо?
25. Смогли бы вы убить человека?
26. Сильно ли вам мешает косо висящая гардина или неровно насланная скатерть, настолько, что вам хочется немедленно устранить эти недостатки?
27. Испытывали ли вы в детстве страх, когда оставались одни в квартире?
28. Часто ли у вас без причины меняется настроение?
29. Всегда ли вы старательно относитесь к своей деятельности?
30. Быстро ли вы можете разгневаться?
31. Можете ли вы быть бесшабашно веселым?
32. Можете ли вы иногда целиком проникнуться чувством радости?
33. Подходите ли вы для проведения увеселительных мероприятий?
34. Выказываете ли вы обычно людям свое откровенное мнение по тому или иному вопросу?
35. Влияет ли на вас вид крови?
36. Охотно ли вы занимаетесь деятельностью, связанной с большой ответственностью?
37. Склонны ли вы вступить за человека, с которым поступили несправедливо?
38. Трудно ли вам входить в темный подвал?
39. Выполняете ли вы кропотливую черную работу так же медленно и тщательно, как и любимое вами дело?
40. Являетесь ли вы общительным человеком?
41. Охотно ли вы декламировали в школе стихи?
42. Убегали ли вы ребенком из дома?
43. Тяжело ли вы воспринимаете жизнь?
44. Бывали ли у вас конфликты и неприятности, которые так изматывали вам нервы, что вы не выходили на работу?
45. Можно ли сказать, что вы при неудачах не теряете чувство юмора?
46. Сделаете ли вы первым шаг к примирению, если вас кто-то оскорбит?
47. Любите ли вы животных?
48. Уйдете ли вы с работы или из дому, если у вас там что-то не в порядке?
49. Мучают ли вас неопределенные мысли, что с вами или с вашими родственниками случится какое-нибудь несчастье?
50. Считаете ли вы, что настроение зависит от погоды?
51. Затруднит ли вас выступить на сцене перед большим количеством зрителей?
52. Можете ли вы выйти из себя и дать волю рукам, если вас кто-то умышленно грубо рассердит?
53. Много ли вы общаетесь?
54. Если вы будете чем-либо разочарованы, придете ли в отчаяние?
55. Нравится ли вам работа организаторского характера?

56. Упорно ли вы стремитесь к своей цели, даже если на пути встречается много препятствий?
57. Может ли вас так захватить кинофильм, что слезы выступят на глазах?
58. Трудно ли вам будет заснуть, если вы целый день размышляли над своим будущим или какой-нибудь проблемой?
59. Приходилось ли вам в школьные годы пользоваться подсказками или списывать у товарищей домашнее задание?
60. Трудно ли вам пойти ночью на кладбище?
61. Следите ли вы с большим вниманием, чтобы каждая вещь в доме лежала на своем месте?
62. Приходилось ли вам лечь спать в хорошем настроении, а проснуться в удрученном и несколько часов оставаться в нем?
63. Можете ли вы с легкостью приспособиться к новой ситуации?
64. Есть ли у вас предрасположенность к головной боли?
65. Часто ли вы смеетесь?
66. Можете ли вы быть приветливым с людьми, не открывая своего истинного отношения к ним?
67. Можно ли вас назвать оживленным и бойким человеком?
68. Сильно ли вы страдаете из-за несправедливости?
69. Можно ли вас назвать страстным любителем природы?
70. Есть ли у вас привычка проверять перед сном или перед тем, как уйти, выключен ли газ и свет, закрыта ли дверь?
71. Пугливы ли вы?
72. Бывает ли, что вы чувствуете себя на седьмом небе, хотя объективных причин для этого нет?
73. Охотно ли вы участвовали в юности в кружках художественной самодеятельности, в театральном кружке?
74. Тянет ли вас иногда смотреть вдалеку?
75. Смотрите ли вы на будущее пессимистически?
76. Может ли ваше настроение измениться от высочайшей радости до глубокой тоски за короткий период времени?
77. Легко ли поднимается ваше настроение в дружеской компании?
78. Переносите ли вы злость длительное время?
79. Сильно ли вы переживаете, если горе случилось у другого человека?
80. Была ли у вас в школе привычка переписывать лист в тетради, если вы поставили на него кляксу?
81. Можно ли сказать, что вы больше недоверчивы и осторожны, нежели доверчивы?
82. Часто ли вы видите страшные сны?
83. Возникла ли у вас мысль против воли броситься из окна, под приближающийся поезд?
84. Становитесь ли вы радостным в веселом окружении?
85. Легко ли вы можете отвлечься от обременительных вопросов и не думать о них?
86. Трудно ли вам сдерживать себя, если вы разозлитесь?

87. Предпочитаете ли вы молчать (да) или вы словоохотливы (нет)?

88. Могли бы вы, если пришлось бы участвовать в театральном представлении, с полным проникновением и перевоплощением войти в роль и забыть о себе?

Бланк ответов к тесту

№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	Сумма	Балл
1		1 2		2 3	Нет	3 4		4 5	Нет	5 6		6 7		7 8								
2		1 3		2 4	Нет	3 5		4 6	Нет	5 7		6 8		7 9								
3		1 4		2 5	Нет	3 6		4 7	Нет	5 8		6 9		8 0								
4		1 5		2 6	Нет	3 7		4 8	Нет	5 9		7 0		8 1								
5		1 6		2 7	Нет	3 8		4 9	Нет	6 0		7 1		8 2								
6		1 7		2 8	Нет	3 9		5 0	Нет	6 1		7 2		8 3								
7		1 8		2 9	Нет	4 0		5 1	Нет	6 2		7 3		8 4								
8		1 9		3 0	Нет	4 1		5 2	Нет	6 3		7 4		8 5								
9		2 0		3 1	Нет	4 2		5 3	Нет	6 4		7 5		8 6								
10		2 1		3 2	Нет	4 3		5 4	Нет	6 5		7 6		8 7								
11		2		3	Нет	4		5	Нет	6		7		8								

1			2			3			4			5			6			7			8								
№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет	№	Да	Нет				Сумма	Балл	

Спасибо за Ваши ответы!

Ключ к тесту

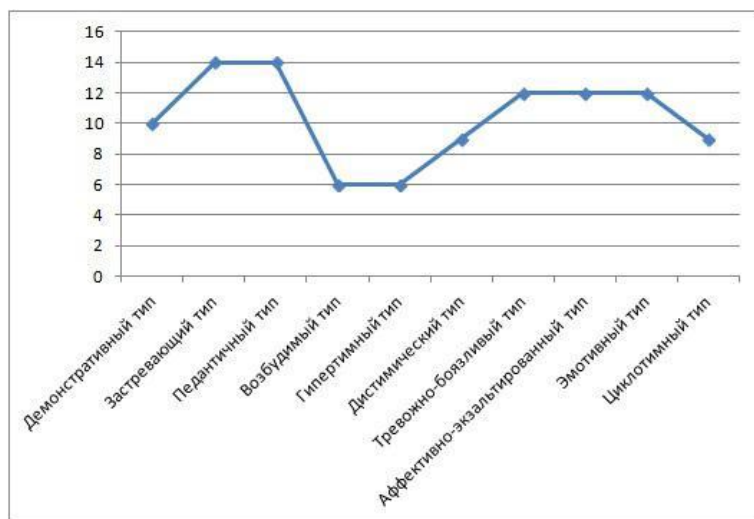
По каждой шкале подсчитываются плюсы (положительные ответы на указанные вопросы) и минусы (отрицательные ответы на соответствующие шкале вопросы). Затем полученные баллы (плюсы и минусы) по шкале суммируются, и результат умножается на коэффициент – при каждом типе акцентуации свой. В результате обработки результатов тестирования получится 10 показателей, соответствующих выраженности той или иной акцентуации личности по Леонгарду.

Тип	Сложить (+)	Вычесть (-)
Акцентуации характера		
1. Демонстративность, истероидность ×2 (получившееся значение шкалы умножить на 2)	7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88	51
2. Застывание, ригидность ×2	2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81	12, 46, 59
3. Педантичность ×2	4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83	36
4. Неуравновешенность, возбудимость ×3	8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86	Нет
Акцентуации темперамента		

5. Гипертимность ×3	1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77	Нет
6. Дистимичность ×3	9, 21, 43, 75, 87	31, 53, 65
7. Тревожность, боязливость ×3	16, 27, 38, 49, 60, 71, 82	5
8. Циклотимичность ×3	6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	Нет
9. Аффективность, экзальтированность ×6	10, 32, 54, 76	Нет
10. Эмотивность, лабильность ×3	3, 13, 35, 47, 57, 69, 79	25

Интерпретация результата

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации (по каждой шкале опросника) равен 24 баллам. Полученные данные могут быть представлены в виде «профиля акцентуаций личности»:



По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов. Другие же основания практического применения опросника указывают, что сумма баллов в диапазоне от 15 до 18 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 19 баллов личность является акцентуированной.

Таким образом, вывод о степени выраженности акцентуации делается на основании следующих показателей по шкалам:

0–12 – свойство не выражено;

13–18 – средняя степень выраженности свойства (тенденция к тому или иному типу акцентуации личности);

19–24 – признак акцентуации.

Описание типов акцентуаций личности

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, к позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может

полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит в данный момент, для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

3. Педантичный тип. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

4. Возбудимый тип. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. Гипертимный тип. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и, вместе с тем, деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Им характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. Дистимический тип. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит и готовы им подчиниться, располагают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. Тревожный тип. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности. Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется, особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстаивать правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях они ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей незащитности нередко служат «козлами отпущения», мишенями для шуток.

8. Циклотимный тип. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий.

Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

9. Экзальтированный тип. Яркая черта этого типа – способность восторгаться, восхищаться, а также – улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние – от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

10. Эмотивный тип. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость,

боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта – гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, такие сцены могут вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

Краткое описание типов акцентуаций по Леонгарду-Шмишеку

Группа	Тип акцентуации	Характеристика
Типы акцентуаций, относящиеся к темпераменту, как к природному образованию	Эмотивный	Добрый, сострадательный, гуманный, ценит близких друзей, миролюбивый, исполнительный, имеет обостренное чувство долга. Но при этом отличается боязливостью, слезливостью и стеснительностью.
	Аффективно-экзальтированный	Общительный, влюбчивый, отличается хорошим вкусом, внимательный к близким, альтруистичный, способен на высокие чувства. Но при этом склонен к панике, теряется в условиях стресса, подвержен сменам настроения.
	Аффективно-лабильный	Мягкий, ранимый, способен к сопереживанию, имеет высокие моральные принципы. Но склонен к резким циклическим сменам настроения, которые определяют

		его отношения с людьми. Не терпит одиночества, равнодушия, грубости.
	Тревожный	Дружелюбный, верный, исполнительный, самокритичный. Настроение часто снижено, робкий, не отстаивает свои интересы, нуждается в поддержке.
	Дистимический (гипотимный)	Добросовестный, серьезный, немногословный, высоко ценит друзей. Но при этом индивидуалист, замкнут, склонен к пессимизму, пассивен.
	Гипертимный	Общительный, оптимистичный, активный, выносливый, трудолюбивый, не теряет контроль в стрессовых ситуациях. Легкомысленен, редко доводит начатое до конца. Не терпит одиночества и строгого контроля.
Типы акцентуаций, относящиеся к характеру, как к социальному образованию	Возбудимый	Отличается перепадами настроения и бурными вспышками гнева. В спокойном состоянии заботливый, добросовестный, аккуратный. Во время вспышек гнева плохо контролирует свое состояние, раздражителен.
	Застревающий	Ответственный, стрессоустойчивый, упорный, выносливый, предъявляет к себе и другим высокие требования. Но при этом подозрительный, обидчивый, занудный, ревнивый, несколько конфликтный. Не терпит, когда кто-то другой претендует на его место.
	Педантичный	Аккуратный, строго придерживается правил, надежный,

		добросовестный, миролюбивый. Но часто отмечаются занудливость, брюзжание, не работе – бюрократизм.
	Демонстративный	Артистичный, харизматичный, общительный, имеет развитую фантазию, стремится к лидерству. Но при этом тщеславен и склонен ко лжи, эгоистичен. Не терпит, когда ему не уделяют внимания, страдает, если его авторитет подорван.
Типы акцентуаций, относящиеся к личности в целом	Экстраверт	Общительный, дружелюбный, внимательный, исполнительный, всегда готовый выслушать, не претендует на лидерство. Но при этом болтлив, легкомыслен, легко попадает под чужое влияние, склонен к необдуманным импульсивным поступкам.
	Интроверт	Принципиальный, сдержанный, погруженный в свой внутренний мир, морально развит, отличается богатой фантазией. Но при этом замкнутый, упрямый, отстаивает свою точку зрения, даже в том случае, если оказывается неправ. Не терпит вмешательства в его личную жизнь.

Приложение №3. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ).

Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ) - представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Первая шкала измеряет свойство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого с социопатическим вариантом развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость.

Время проведения опроса не ограничивается.

Процедура проведения

Опрос рекомендуется проводить индивидуально или в группе при наличии у каждого испытуемого текста опросника и бланка для ответов, в присутствии экспериментатора, которому испытуемые могут задавать вопросы.

К методике прилагается специальный бланк, где на одной стороне фиксируются ответы испытуемого. Если испытуемый согласен с утверждением, то в клетке с номером вопроса он ставит знак «+» («да», «верно»), если не согласен – знак «-» («нет», «неверно»). На обратной стороне бланка экспериментатор строит профиль личности испытуемого с учетом значения шкалы коррекции, добавляя к указанным в бланке шкалам соответствующее значение шкалы коррекции. Таблица этих значений приведена на ниже.

Инструкция

Ниже следуют утверждения, касающиеся состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к Вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

Если утверждение по отношению к Вам верно, то поставьте, пожалуйста, косой крестик в левом квадрате рядом с соответствующим номером Бланка ответов (этот квадратик расположен в колонке, обозначенной буквой "в").

Если утверждение по отношению к Вам неверно, то поставьте крестик в левом квадрате, расположенном справа от соответствующего номера на Бланке ответов (колонка обозначена буквой "н").

Текст опросника

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.

11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.

43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда вы полны энергии.
62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.
63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

Бланк ответов

В	1	Н	В	21	Н	В	41	Н	В	61	Н	L
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	K
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	
В	6	Н	В	26	Н	В	46	Н	В	66	Н	1
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	
В	11	Н	В	31	Н	В	51	Н	В	71	Н	4
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
В	16	Н	В	36	Н	В	56	Н				7
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Ключ к тесту

Шкалы	Ответы	Номер вопроса
L	Неверно (H)	5, 11, 24, 47, 53
F	H	22, 24, 61
	Верно (B)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 59, 64, 71
K	H	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
1 (Hs)	H	1, 2, 6, 37, 45
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2 (D)	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 65, 61
	B	9, 13, 11, 18, 22, 25, 36, 44
3 (Hy)	H	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	B	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4 (Pd)	H	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	B	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6 (Pa)	H	28, 29, 31, 67
	B	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7 (Pt)	H	2, 3, 42
	B	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8 (Se)	H	3, 42
	B	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9 (Ma)	H	43
	B	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Перевод сырых баллов в Т баллы

T	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	T	
110	M					26	25			30		110	
				24		24		14	27		17		
100	12				20		21		25			100	
				21		22		12		26	15		
90							19		23			90	
	10				20					24			
80				18	16			10			15	80	
	5					18	17		21	22			
70		8		15		16	15	8	19	20	11	70	
	4		15		12					18			
60		3	6	12		14				17		60	
			12			13		6	17		9		
50	2	4	9	9	8	10	11		15			50	
						10				14	7		
40	1	2	6	6		8	9	4	13	12		40	
											5		
30	0		3	3	4	6	7	2	11	10		30	
		1							9	8			
20			0	0	4			0			5	20	
						2			7	6			
	T	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	T
					0,5K			0,4K		1K	1K	0,2K	
					==			==		==	==	==	
					- - -			- - -		- - -	- - -	- - -	

Таблица коэффициентов коррекции

Шкалы				
K	7, 8	1	4	9
	1K	0.5K	0.4K	0.2K
16	16	8	6	3
15	15	8	6	3
14	14	7	6	3

13	13	7	5	3
12	12	6	5	2
11	11	6	4	2
10	10	5	4	2
9	9	5	4	2
8	8	4	3	2
7	7	4	3	1
6	6	3	2	1
5	5	3	2	1
4	4	2	2	1
3	3	2	2	1
2	2	1	1	0
1	1	1	1	0

Как пользоваться шкалой коррекции

1. Необходимо посмотреть сколько баллов по шкале коррекции К получил респондент.
2. Находим этот балл в столбике К.
3. В строке, напротив найденного балла, будет указано, сколько баллов необходимо добавить к сырым баллам респондента по соответствующим шкалам.

Пример

По шкале коррекции К респондент получил 6 баллов. Находим 6 баллов в столбике К. Смотрим, что написано в соответствующей строке:

- к сырым баллам по 7 и 8 шкалам нужно добавить 6 баллов;
- к сырым баллам по 1 шкале нужно добавить 3 балла;
- к сырым баллам по 4 шкале нужно добавить 2 балла;
- к сырым баллам по 9 шкале нужно добавить 1 балл.

Анализ и интерпретация результатов теста

Производится подсчет «сырых» баллов по всем 11 показателям (оценочным и базовым) в соответствии с ключом к опроснику. Набранное количество баллов по каждому из показателей записывается в бланк теста в правой его части.

По данным тестирования вычерчивается личностный профиль испытуемого. Высокими оценками для каждой из описанных выше шкал являются оценки в «сырых» баллах, превышающие их номинальные значения, соответствующие показателю 70 по шкале «Т». Низкими оценками считаются те, которые не превышают отметки 40 по шкале «Т».

Интерпретация показателей по шкалам

Шкала лжи (L) оценивает искренность испытуемого.

Шкала достоверности (F) выявляет недостоверные ответы. Чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.

Шкала коррекции (K) сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала K используется для коррекции базисных шкал.

Базисные шкалы

1. Ипохондрии – «близость» испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими показателями по этой шкале медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.
2. Депрессии. Высокие оценки имеют чувствительные, сензитивные люди, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высоко моральны и

- обязательны, но не способны принимать решения самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.
3. Истерики. По этой шкале выявляются лица, склонные к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы решаются «уходом» в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем на самом деле, желание во что бы то ни стало обратить на себя внимание, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны, интересы неглубоки.
 4. Психопатии. Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.
 5. Паранойяльности. Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию «сверхценных» идей. Это лица односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот, по их мнению, или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые контакты с окружающими. Малейшие собственные удачи они всегда переоценивают.
 6. Психастении. Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.
 7. Шизоидности. Лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.
 8. Гипомании. Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и

жизнерадостны. Любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Приложение №4. Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (СР-45)

Инструкция

Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да» в регистрационном бланке, если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

Опросник

1. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?
2. Жизнь иногда хуже смерти.
3. В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.
4. Меня многие любят, понимают и ценят.
5. Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.
6. Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.
7. Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.
8. Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?
9. Я иногда думаю о своей добровольной смерти.
10. В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.
11. Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.
12. У меня, в принципе, нет недостатков.
13. Может быть, дальше я жить не смогу.
14. Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.
15. Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.
16. Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.

17. Мне не нравится играть со смертью в одиночку.
18. Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.
19. Я пробовал разные способы ухода из жизни.
20. В критический момент я всегда могу справиться с собой.
21. В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.
22. Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.
23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.
24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.
25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.
26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.
27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.
28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.
29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.
30. Никому никогда не писал предсмертную записку.
31. Однажды пытался покончить с собой.
32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.
33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.
34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.
35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.
36. Могу оправдать любой свой поступок.
37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.
38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.
39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.
40. Однажды решался покончить с собой.
41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.
42. Я никогда не иду на нарушении закона даже в мелочах.
43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.
44. Однажды мне было стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.
45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

Ключ шкалы лжи (L)

«Да» (+)	«Нет» (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = N/10 \pm 0,16$$

где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по шкале лжи, могут варьировать от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов обследования.

Ключ шкалы склонности к суицидальным реакциям (Sr)

«Да» (+)	«Нет» (-)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$Sr = N/35 \pm 0,07$$

где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьировать от 0 до 1.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка в баллах
0,01 – 0,23	Низкий	5
0,24 – 0,38	Ниже среднего	4
0,39 – 0,59	Средний	3
0,60 – 0,74	Выше среднего	2
0,75 – 1,00	Высокий	1

5 баллов – низкий уровень склонности к суицидальным реакциям.

4 балла – суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

3 балла – «потенциал» склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

2 балла – группа суицидального риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (при нарушениях адаптации возможна суицидальная попытка или реализация саморазрушающего поведения).

1 балл – группа суицидального риска с очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (ситуация внутреннего и внешнего конфликта, нуждаются в медико-психологической помощи).

Приложение №5. Описание типов акцентуаций характера по Личко А.Е.

Подробное описание типов акцентуаций характера по Личко А.Е.

ГИПЕРТИМНЫЙ ТИП

Этот тип психопатий детально описан Schneider (1923) и П. Б. Ганнушкиным (1933) у взрослых и Г. Е. Сухаревой (1959) у детей и подростков. П. Б. Ганнушкин дал этому типу название "конституционально-возбужденный" и включил в группу циклоидов...

Сведения от родных свидетельствуют, что с детства гипертимные подростки отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении ко взрослым. С первых лет жизни они везде вносят много шума, любят компании сверстников и стремятся командовать ими. Воспитатели детских учреждений жалуются на их неугомонность...

Первые трудности могут выявиться при поступлении в школу. При хороших способностях, живом уме, умении все схватывать на лету обнаруживается неусидчивость, отвлекаемость, недисциплинированность. Учатся поэтому они очень неровно – то блеснут пятерками, то "нахватают" двоек...

Главная черта гипертимных подростков – почти всегда очень хорошее, даже приподнятое настроение. Лишь изредка и ненадолго эта солнечность омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии.

...Хорошее настроение гипертимных подростков гармонично сочетается с хорошим самочувствием, высоким жизненным

тонусом, нередко цветущим внешним видом. У них всегда хороший аппетит и здоровый сон...

Реакция эмансипации бывает особенно отчетливой. В силу этого с родителями, педагогами, воспитателями легко возникают конфликты. К ним ведут мелочный контроль, повседневная опека, наставления и нравоучения, "проработка" в семье и на публичных собраниях. Все это обычно вызывает только усиление "борьбы за самостоятельность", непослушание, нарочитое нарушение правил и порядков. Стараясь вырваться из-под опеки семьи, гипертимные подростки охотно уезжают в лагерь, уходят в туристские походы и т.п., но и там вскоре приходят в столкновение с установленным режимом и дисциплиной. Как правило, обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным. Истинные побеги из дому у гипертимов встречаются нечасто...

Реакция группирования проходит не только под знаком постоянного тяготения к компаниям сверстников, но и стремления к лидерству в этих компаниях...

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает гипертимных подростков неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайными встречными не представляет для них проблемы. Устремляясь туда, где "кипит жизнь", они порой могут оказаться в неблагоприятной среде, попасть в асоциальную группу. Всюду они быстро осваиваются, перенимают манеры, обычаи, поведение, одежду, модные "хобби"...

Алкоголизация представляет для гипертимов серьезную опасность с подросткового возраста. Выпивают они в компаниях с приятелями. Предпочитают неглубокие эйфоризирующие стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и регулярных выпивок...

Реакция увлечения отличается у гипертимных подростков богатством и разнообразием проявлений, но главное – крайним непостоянством хобби. Коллекции сменяются азартными играми, одно спортивное увлечение другим, один кружок на другой, мальчики нередко отдают мимолетную дань техническим увлечениям, девочки – художественной самодеятельности...

Аккуратность отнюдь не составляет их отличительной черты ни в занятиях, ни в выполнении обещаний, ни, что особенно бросается в глаза, в денежных делах. Рассчитывать они не умеют и не хотят, охотно берут в долг, отодвигая в сторону неприятную мысль о последующей расплате...

Всегда хорошее настроение и высокий жизненный тонус создают благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Избыточная уверенность в своих силах побуждает "показать себя", предстать перед окружающими в выгодном свете, прихвастнуть. Но им присуща искренность задора, действительная уверенность в собственных силах, а не натужное стремление "показать себя больше, чем есть на самом деле", как у настоящих истероидов. Лживость не является их характерной чертой, она может быть обусловлена необходимостью извернуться в трудной ситуации....

Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью...

Гипертимно-неустойчивый вариант психопатизации является наиболее частым. Здесь жажда развлечений, веселья, рискованных походов все более выступает на первый план и толкает на пренебрежение занятиями и работой, на алкоголизацию и употребление наркотиков, на сексуальные эксцессы и делинквентность – в конечном итоге может привести к асоциальному образу жизни...

Решающую роль в том, что на гипертимной акцентуации произрастает гипертимно-неустойчивая психопатия, обычно играет семья. Как чрезмерная опека – гиперпротекция, мелочный контроль и жестокий диктат, да еще сочетающийся с неблагоприятным внутрисемейным отношением, так и гипоопека, безнадзорность могут служить стимулами к развитию гипертимно-неустойчивой психопатии.

Гипертимно-истероидный вариант встречается значительно реже. На фоне гипертимности постепенно вырисовываются истероидные черты. При столкновении с жизненными трудностями, при неудачах, в отчаянных ситуациях и при угрозе серьезных наказаний возникает и желание разжалобить других (вплоть до

демонстративных суицидных действий), и произвести впечатление своей незаурядностью, и прихвастнуть, "пустить пыль в глаза". Возможно, в развитии этого типа также важнейшую роль играет среда. Воспитание по типу "кумира семьи" (Гиндикин, 1961), потакание прихотям в детстве, избыток похвал по поводу мнимых и действительных способностей и талантов, привычка всегда быть на виду, созданная родителями, а иногда и неправильными действиями воспитателей, обуславливают в подростковом периоде трудности, которые могут оказаться непреодолимыми...

Гипертимно-аффективный вариант психопатизации отличается усилением черт аффективной взрывчатости, что создает сходство с эксплозивными психопатиями. Вспышки раздражения и гнева, нередко свойственные гипертимам, когда они встречают противодействие или терпят неудачи, здесь становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу. На высоте аффекта нередко утрачивается контроль над собой: брань и угрозы вырываются без всякого учета обстановки, в агрессии собственные силы не соизмеряются с силами объекта нападения, а сопротивление может достигать "буйного безумства". Все это обычно позволяет говорить о формировании психопатии возбуждимого типа. Это понятие, нам представляется, подразумевает весьма сборную группу. Сходство гипертимной аффективности с эксплозивностью эпилептоидов остается чисто внешним: здесь присуща большая отходчивость, склонность легко прощать обиды и даже дружить с тем, с кем только что был в ссоре. Отсутствуют и другие эпилептоидные черты. Возможно, в формировании этого варианта психопатизации существенную роль могут играть не столь редкие у мальчиков гипертимного типа черепно-мозговые травмы...

ЦИКЛОИДНЫЙ ТИП

Как известно, этот тип был описан в 1921 г. Kretschmer и сперва стал широко использоваться в психиатрических исследованиях. П. Б. Ганнушкин (1933) включил в "группу циклоидов" четыре типа психопатов: "конституционально-депрессивных", "конституционально-возбужденных" (гипертимных), циклотимиков и эмотивно-лабильных. Циклотимия им рассматривалась как тип психопатии...

...В подростковом возрасте можно видеть два варианта циклоидной акцентуации: типичные к лабильные циклоиды.

Типичные циклоиды в детстве ничем не отличаются от сверстников или чаще производят впечатление гипертимов. С наступлением пубертатного периода (у девочек это может совпасть с менархе) возникает первая субдепрессивная фаза. Ее отличает склонность к апатии и раздражительности. С утра ощущается вялость и упадок сил, все валится из рук. То, что раньше давалось легко и просто, теперь требует невероятных усилий. Труднее становится учиться. Людское общество начинает тяготить, компании сверстников избегаются, приключения и риск теряют всякую привлекательность. Прежде шумные и бойкие подростки в эти периоды становятся вялыми домоседами. Падает аппетит, но вместо свойственной выраженным депрессиям бессонницы нередко наблюдается сонливость (Озерцовский, 1972). Созвучно настроению все приобретает пессимистическую окраску. Мелкие неприятности и неудачи, которые обычно начинают сыпаться из-за падения работоспособности, переживают крайне тяжело. На замечания и укоры нередко отвечают раздражением, порой грубостью и гневом, но в глубине души впадая еще в большее уныние. Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с суицидными попытками. Обычно лишь только в этом случае циклоидные подростки попадают под наблюдение психиатра...

У типичных циклоидов фазы обычно непродолжительны и длятся две-три недели...

У циклоидных подростков имеются свои "места наименьшего сопротивления". Важнейшим из них, вероятно, является неустойчивость к коренной ломке жизненного стереотипа. Этим, видимо, объясняются присущие циклоидам затяжные субдепрессивные реакции на первом курсе высших учебных заведений (Строгонов, 1973). Резкое изменение характера учебного процесса, обманчивая легкость первых студенческих дней, отсутствие ежедневного контроля со стороны преподавателей, сменяющееся необходимостью усвоить в короткий период зачетно-экзаменационной сессии гораздо больший, чем в школе, материал,

– все это ломает привитый предшествующими десятилетиями учебный стереотип. Способность в период подъема на лету усваивать материал школьной программы здесь оказывается недостаточной. Упущенное приходится наверстывать усиленными занятиями, а в субдепрессивной фазе и это не приводит к желаемым результатам. Переутомление и астения затягивают субдепрессивную фазу, появляется отвращение к учебе и к умственной работе вообще.

Лабильные циклоиды, в отличие от типичных, во многом приближаются к лабильному (эмоционально-лабильному или реактивно-лабильному) типу. Фазы здесь гораздо короче - несколько "хороших" дней сменяют несколько "плохих". "Плохие" дни более отмечены дурным настроением, чем вялостью, упадком сил или неудовлетворительным самочувствием. В пределах одного периода возможны короткие перемены настроения, вызванные соответствующими известиями или событиями. Но, в отличие от описываемого далее лабильного типа, нет чрезмерной эмоциональной реактивности, постоянной готовности настроения легко и круто меняться от незначительных причин.

Подростковые поведенческие реакции у циклоидов, как типичных, так и лабильных, обычно выражены умеренно. Эмансипационные устремления и реакции группирования со сверстниками усиливаются в период подъема. Увлечения отличаются нестойкостью – в субдепрессивные периоды их забрасывают, в период подъема находят новые или возвращаются к прежним заброшенным. Заметного снижения сексуального влечения в субдепрессивной фазе сами подростки обычно не отмечают, хотя, по наблюдению близких, сексуальные интересы в "плохие дни" гаснут. Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побеги из дому, знакомство с наркотиками) мало свойственны циклоидам. К алкоголизации в компаниях они обнаруживают склонность в периоды подъема. Суицидальное поведение в виде аффективных (но не демонстративных) попыток или истинных покушений возможно в субдепрессивной фазе.

Самооценка характера у циклоидов формируется постепенно, по мере того, как накапливается опыт "хороших" и "плохих" периодов.

У подростков этого опыта еще нет, и поэтому самооценка может быть еще очень неточна...

ЛАБИЛЬНЫЙ ТИП

Этот тип наиболее полно описан под разными наименованиями "эмоционально-лабильный", (Schneider, 1923), "реактивно-лабильный" (П. Б. Ганнушкиным, 1933) или "эмотивно-лабильный" (Leongard, 1964, 1968) и др...

В детстве лабильные подростки, как правило, особенно не выделяются среди сверстников. Лишь у некоторых обнаруживается склонность к невротическим реакциям. Однако почти у всех детства наполнено инфекционными заболеваниями, вызываемыми условно-патогенной флорой. Частые ангины, непрерывные "простуды", хронические пневмонии, ревматизм, пиелоститы, холециститы и др. заболевания хотя протекают и не в тяжелых формах, но склонны принимать затяжное и рецидивирующее течение. Возможно, фактор "соматической инфантилизации" играет важную роль во многих случаях формирования лабильного типа.

Главная черта лабильного типа – крайняя изменчивость настроения...

Можно говорить о намечающемся формировании лабильного типа в случаях, когда настроение меняется слишком часто и чрезмерно круто, а поводы для этих коренных перемен бывают ничтожными. Кем-то нелестно сказанное слово, неприветливый взгляд случайного собеседника, некстати пошедший дождь, оторвавшаяся от костюма пуговица способны погрузить в унылое и мрачное расположение духа при отсутствии каких-либо серьезных неприятностей и неудач. В то же время какая-нибудь приятная беседа, интересная новость, мимолетный комплимент, удачно к случаю одетый костюм, услышанные от кого-либо, хотя и малореальные, но заманчивые перспективы могут поднять настроение, даже отвлечь от действительных неприятностей, пока они снова не напомнят чем-либо о себе. При психиатрическом осмотре во время откровенных и волнующих бесед, когда приходится касаться самых разных сторон жизни, на протяжении получаса можно видеть не раз готовые навернуться слезы и вскоре радостную улыбку.

Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и аппетит, и сон, и трудоспособность, и желание побыть одному или только вместе с близким человеком или же устремиться в шумное общество, в компанию, на люди. Соответственно настроению и будущее то расцветивается радужными красками, то представляется серым и унылым, и прошлое предстает то как цепь приятных воспоминаний, то кажется сплошь состоящим из неудач, ошибок и несправедливостей. Одни и те же люди, одно и то же окружение кажутся то милым, интересным и привлекательным, то надоевшим, скучным и безобразным, наделенным всяческими недостатками.

Маломотивированная смена настроения иногда создает впечатление о поверхностности и легкомыслии. Но это суждение не соответствует истине. Представители лабильного типа способны на глубокие чувства, на большую и искреннюю привязанность. Это прежде всего сказывается в их отношении к родным и близким, но лишь к тем, от кого они сами чувствуют любовь, заботу и участие. К ним привязанность сохраняется несмотря на легкость и частоту мимолетных ссор.

Не менее свойственна лабильным подросткам и преданная дружба. В друге они стихийно ищут психотерапевта. Они предпочитают дружить с тем, кто в минуты грусти и недовольства способен отвлечь, утешить, рассказать что-нибудь интересное, приободрить, убедить, что "все не так страшно", но и в то же время в минуты эмоционального подъема легко откликнуться на радость и веселье, удовлетворить потребность сопереживания.

Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, похвалам и поощрениям – все это доставляет им искреннюю радость, но вовсе не побуждает к заносчивости или самомнению. Порицания, осуждения, выговоры, нотации глубоко переживаются и способны вторгнуть в беспросветное уныние. Действительные неприятности, утраты, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к реактивным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

Реакция эмансипации у лабильных подростков выражена весьма умеренно. Им хорошо в семье, если они чувствуют там любовь, тепло и уют. Эмансипационная активность проявляется в виде коротких вспышек, обусловленных капризами настроения и обычно трактуемых взрослыми как простое упрямство...

Ий чужд и опьяняющий азарт игр, и скрупулезная дотошность коллекционирования, и настойчивое совершенствование силы, ловкости умений и высоты утонченных интеллектуально-эстетических наслаждений...

Самооценка отличается искренностью (Ефременкова, Иванов, 1971). Лабильные подростки хорошо знают особенности своего характера, знают, что они – "люди настроения" и что от настроения у них все зависит. Отдавая отчет в слабых сторонах своей натуры, они не пытаются что-либо скрыть или затушевать, а как бы предлагают окружающим принимать их такими, какие они есть. В том, как относятся к ним окружающие, они обнаруживают удивительно хорошую интуицию – сразу, при первом контакте чувствуя, кто к ним расположен, кто безразличен, а в ком таится хоть капля недоброжелательности или неприязни. Ответное отношение возникает незамедлительно и без попыток его утаить...

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ ТИП

У подростков астено-невротического типа с детства нередко обнаруживаются признаки невропатии – беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, ночной энурез, заикание и т. п.

Главными чертами астено-невротической акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется в умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические напряжения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются невыносимыми. Раздражительность неврастеников существенно отличается от гневности эпилептоидов и вспыльчивости гипертимов и более всего сходна с аффективными вспышками у подростков лабильного типа. Раздражение, нередко по ничтожному поводу, легко изливается на окружающих, порой случайно

попавших под горячую руку, и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. В отличие от эпилептоидов аффект не отличается ни постепенным накоплением, ни силой, ни продолжительностью. В отличие от вспыльчивости гипертимов поводом для вспышек вовсе не обязательно служит встречаемое противодействие, бурного неистовства аффект также не достигает. Склонность к ипохондризации является особенно типичной чертой. Такие подростки внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, крайне подвержены ятрогении, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются осмотрам. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний, особенно у мальчиков, становится сердце (Кургановский, 1965).

Делинквентность, побег из дому, алкоголизация и другие нарушения поведения подросткам астено-невротического типа не свойственны. Но это не означает, что специфически подростковые поведенческие реакции у них отсутствуют. Стремление к эмансипации или тяга к группированию со сверстниками, не получая прямого выражения в силу астеничности, утомляемости и т. п., могут исподволь подогревать маломотивированные вспышки раздражения в отношении родителей, воспитателей, старших вообще, побуждать к обвинению родителей в том, что их здоровью уделяется мало внимания, или же порождать глухую неприязнь к сверстникам, у которых специфически-подростковые поведенческие реакции выражаются прямо и открыто. Сексуальная активность обычно ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками. К сверстникам тянутся, скучают без их компании, но быстро от них устают и ищут отдыха, одиночества или общества с близким другом.

Самооценка астено-невротических подростков обычно отражает их ипохондрические установки. Они отмечают зависимость плохого настроения от дурного самочувствия, плохой сон ночью и сонливость днем, разбитость по утрам. В мыслях о будущем центральное место занимают заботы о собственном здоровье. Они сознают также, что утомляемость и раздражительность глушат их интерес к новому, делают непереносимыми критику и возражения, стесняющие их правила. Однако далеко не все особенности отношений подмечаются достаточно хорошо...

СЕНСИТИВНЫЙ ТИП

С детства проявляется пугливость и боязливость. Такие дети часто боятся темноты, сторонятся животных, страшатся остаться одни. Они чуждаются слишком бойких и шумных сверстников, не любят чрезмерно подвижных и озорных игр, рискованных шалостей, избегают больших детских компаний, чувствуют робость и застенчивость среди посторонних, в новой обстановке и вообще не склонны к легкому общению с незнакомыми людьми. Все это иногда производит впечатление замкнутости, отгороженности от окружающего и заставляет подозревать свойственные шизоидам аутистические наклонности. Однако с теми, к кому эти дети привыкли, они достаточно общительны. Сверстникам они нередко предпочитают игры с малышами, чувствуя себя среди них увереннее и спокойнее. Не проявляется также свойственный шизоидам ранний интерес к абстрактным знаниям, "детская энциклопедичность". Многие чтению охотно предпочитают тихие игры, рисование, лепку. К родным они иногда обнаруживают чрезвычайную привязанность, даже при холодном отношении или суровом обращении с их стороны. Отличаются послушанием, часто слышат "домашним ребенком".

Школа пугает их скопищем сверстников, шумом, возней, суетой и драками на переменах, но, привыкнув к одному классу и даже страдая от некоторых соучеников, они неохотно переходят в другой коллектив. Учатся обычно старательно. Пугаются всякого рода контрольных, проверок, экзаменов. Нередко стесняются отвечать перед классом, боясь сбиться, вызвать смех, или, наоборот, отвечают гораздо меньше того, что знают, чтобы не прослыть выскочкой или чрезмерно прилежным учеником среди одноклассников.

Начало пубертатного периода обычно проходит без особых осложнений. Трудности адаптации чаще возникают в 16-19 лет. Именно в этом возрасте выступают оба главных качества чувствительного типа, отмеченные П. Б. Ганнушкиным, – "чрезвычайная впечатлительность" и "резко выраженное чувство собственной недостаточности" (Ганнушкин, 1964).

Реакция эмансипации у чувствительных подростков бывает выражена довольно слабо. К родным сохраняется детская привязанность. К

опеке старших относятся не только терпимо, но даже охотно ей подчиняются. Упреки, нотации и наказания со стороны близких скорее вызывают слезы, угрызения и даже отчаяние, чем обычно свойственный подросткам протест...

Рано формируется чувство долга, ответственности, высоких моральных и этических требований и к окружающим, и к самому себе. Сверстники ужасают грубостью, жестокостью, циничностью. В себе же видится множество недостатков, особенно в области качеств морально-этических и волевых. Источником угрызений у подростков мужского пола зачастую служит столь частый в этом возрасте онанизм. Возникают самообвинения в "гнусности" и "распутстве", жестокие укоры себя в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписываются также собственное слабование во всех областях, робость и застенчивость, неудачи в учебе вследствие якобы слабеющей памяти или свойственная иногда периоду роста худоба, диспропорциональность телосложения и т. п.

Чувство собственной неполноценности у чувствительных подростков делает особенно выраженной реакцию гиперкомпенсации. Они ищут самоутверждения не в стороне от слабых мест своей натуры, не в областях, где могут раскрыться их способности, а именно там, где особенно чувствуют свою неполноценность. Девочки стремятся показать свою веселость. Робкие и стеснительные мальчики натягивают на себя личину развязности и 'даже нарочитой заносчивости, пытаются показать свою энергию и волю. Но как только ситуация неожиданно для них требует смелой решительности, они тотчас же пасуют. Если удастся установить с ними доверительный контакт и они чувствуют от собеседника симпатию и поддержку, то за спавшей маской "все нипочем" оказываются жизнь, полная укоров и самобичевания, тонкая чувствительность и непомерно высокие требования к самому себе. Нежданное участие и сочувствие могут сменить заносчивость и браваду на бурно хлынувшие слезы.

В силу той же реакции гиперкомпенсации чувствительные подростки оказываются на общественных постах (старосты и т. п.). Их выдвигают воспитатели, привлеченные послушанием и старательностью. Однако их хватает лишь на то, чтобы с большой

личной ответственностью выполнять формальную сторону порученной им функции, но неформальное лидерство в таких коллективах достается другим. Намерение избавиться от робости и слабоволия толкает мальчиков на занятия силовыми видами спорта: борьбой, гантельной гимнастикой и т. п.

В отличие от шизоидов сенситивные подростки не отгораживаются от товарищей, не живут в воображаемых фантастических группах и не способны быть "белой вороной" в обычной подростковой среде. Они разборчивы в выборе приятелей, предпочитают близкого друга большой компании, очень привязчивы в дружбе. Некоторые из них любят иметь более старших по возрасту друзей. Обычная подростковая группа ужасает их господствующими там шумом, развязностью, грубостью...

Ни к алкоголизации, ни к употреблению наркотиков, ни к делинквентному поведению сенситивные подростки не склонны. Сенситивные юноши, как правило, даже не курят, алкогольные напитки же способны внушать им отвращение...

Самооценка сенситивных подростков отличается довольно высоким уровнем объективности. Подмечается свойственная с детства обидчивость и чувствительность, застенчивость, которая особенно мешает подружиться с кем хочется, неумение быть вожаком, заводилой, душой компании, неприязнь к авантюрам и приключениям, всякого рода риску и острым ощущениям, отвращение к алкоголю, нелюбовь к флирту и ухаживаниям. Они подчеркивают, что не склонны ни легко ссориться, ни быстро мириться. У многих из них имеются проблемы, к которым они не могут определить своего отношения или не хотят сделать это. Чаще всего этими проблемами являются отношение к друзьям, к своему окружению, к критике в свой адрес, к деньгам, к спиртным напиткам. Видимо, все это бывает связано с окрашенными эмоциями, затаенными переживаниями. Питая отвращение ко лжи и маскировке, сенситивные подростки отказ предпочитают неправде.

Слабым звеном сенситивных личностей является отношение к ним окружающих. Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в

неблаговидных поступках, когда на их репутацию падает малейшая тень или когда они подвергаются несправедливым обвинениям...

ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП

Психастенические проявления в детстве незначительны и ограничиваются робостью, пугливостью, моторной неловкостью, склонностью к рассуждательству и ранними "интеллектуальными интересами"...

Иногда уже в детском возрасте обнаруживаются навязчивые явления, особенно фобии – боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, боязнь оказаться за закрытой дверью и ^ . п. Реже можно наблюдать появление навязчивых действий, невротических тиков и т. п.

Критическим периодом, когда психастенический характер развертывается почти во всей своей полноте, являются первые классы школы. В эти годы безмятежное детство сменяется первыми требованиями к чувству ответственности. Подобные требования представляют один из самых чувствительных ударов для психастенического характера. Воспитание в условиях "повышенной ответственности", когда родители возлагают недетские заботы по надзору и уходу за младшими или беспомощными стариками, положение старшего среди детей в трудных материальных и бытовых условиях способствуют становлению психастении (Сухарева, 1959)...

Главными чертами психастенического типа в подростковом возрасте являются нерешительность и склонность к рассуждательству, тревожная мнительность и любовь к самоанализу и, наконец, легкость образования obsessions – навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений.

Тревожная мнительность психастенического подростка отличается от сходных черт астено-невротического и сенситивного типов. Если астено-невротическому типу присущ страх за свое здоровье (ипохондрическая направленность мнительности и тревоги), а для сенситивного типа свойственно беспокойство по поводу отношения, возможных насмешек, пересудов, неблагоприятного

мнения о себе окружающих (релятивная направленность мнительности и тревоги), то опасения психастеника целиком адресуются к возможному, даже к маловероятному в будущем (футуристическая направленность). Как бы чего не случилось ужасного и непоправимого, как бы не произошло какого-либо непредвиденного несчастья с ними самими, а еще страшнее с теми близкими, к которым они обнаруживают патологическую привязанность. Опасности реальные и невзгоды, уже случившиеся, пугают куда меньше. У подростков особенно характерной бывает тревога за мать – как бы она не заболела и не умерла, хотя ее здоровье никому не внушает никаких опасений, как бы не попала в катастрофу, не погибла бы под транспортом. Если мать опаздывает с работы, где-то без предупреждения задержалась, психастенический подросток не находит себе места.

Защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально выдуманные приметы и ритуалы. Если, например, шагая в школу, обходить все люки, не наступая на их крышки, то не провалишься на экзаменах, если не дотрагиваться до ручек двери, то не заразишься и не заболеешь, если при всякой вспышке страха за мать произносить про себя самим придуманное заклинание, то с ней ничего не случится и т. п. Другой защитой становится специально выработанный педантизм и формализм...

Нерешительность и рассуждательство у психастенического подростка идут рука об руку. Такие подростки бывают сильны на словах, но не в действиях. Всякий самостоятельный выбор, как бы малозначим он ни был, – например, какой фильм пойти посмотреть в воскресенье, – может стать предметом долгих и мучительных колебаний. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено. Ждать психастеники не умеют, проявляя удивительное нетерпение. У психастенических подростков нередко приходится видеть реакцию гиперкомпенсации в отношении своей нерешительности и склонности к сомнениям. Эта реакция проявляется у них самоуверенными и безапелляционными суждениями, утрированной решительностью и скоропалительностью действий в моменты, когда требуется неторопливая осмотрительность и осторожность. Постигающие вследствие этого неудачи еще более усиливают нерешительность и сомнения.

Склонность к самоанализу более всего распространяется на размышления по поводу мотивов своих поступков и действий, проявляется в компании в своих ощущениях и переживаниях.

Физическое развитие психастеников обычно оставляет желать лучшего. Спорт, как и все ручные навыки, дается им плохо. Обычно у психастенических подростков особенно слабы и неловки руки при более сильных ногах. Поэтому привлечение к спорту лучше начинать с бега, прыжков, лыж и т. п., что такому подростку облегчает возможность утвердиться...

Все описанные формы проявления подростковых нарушений поведения несвойственны психастеникам. Ни делинквентность, ни побеги из дому, ни алкоголь, ни наркотики, ни даже суицидальное поведение в трудных ситуациях нами не встречались. Их место, видимо, полностью вытеснили навязчивости, мудрствование и самоанализ.

Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной. Часто выступает тенденция находить у себя самые разнообразные черты характера, включая совершенно несвойственные (например, истероидные)...

ШИЗОИДНЫЙ ТИП

Название «шизоид» обычно приписывается Kretschmer (1921), хотя впервые было употреблено в 1917 г. Эльмигером (цит. по Т. И. Юдину, 1926), но именно благодаря первому оно стало наиболее распространенным для обозначения этого типа характера...

Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость (Kahn; 1926), отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении...

... Шизоидные черты выявляются раньше, чем особенности характера всех других типов. С первых детских лет поражает ребенок, который любит играть один, не тянется к сверстникам, избегает шумных забав, предпочитает держаться среди взрослых, иногда подолгу молча слушает их беседы. К этому иногда добавляется какая-то холодность и недетская сдержанность...

Подростковый период является самым тяжелым для шизоидной психопатии.

С наступлением полового созревания все черты характера выступают с особой яростью. Замкнутость, отгороженность от сверстников бросаются в глаза. Иногда духовное одиночество даже не тяготит шизоидного подростка, который живет в своем мире, своими необычными для других интересами и увлечениями, относясь со снисходительным пренебрежением или явной неприязнью ко всему, что наполняет жизнь других подростков. Но чаще же шизоиды страдают сами от своей замкнутости, одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друга по душе. Неудачные попытки завязать приятельские отношения, мимозоподобная чувствительность в моменты их поиска, быстрая истощаемость в контакте ("не знаю о чем еще говорить") нередко побуждают к еще большему уходу в себя.

Недостаток интуиции проявляется отсутствием "непосредственного чутья действительности" (Ганнушкин, 1933), неумением проникнуть в чужие переживания, угадать желания других, догадаться о неприязненном отношении к себе или, наоборот, о симпатии и расположении, уловить тот момент, когда не следует навязывать свое присутствие и когда, наоборот, надо выслушать, посочувствовать, не оставлять собеседника с самим собой.

К дефициту интуиции следует добавить тесно с ним связанный недостаток сопереживания – неумение разделять радость и печаль другого, понять обиду, прочувствовать чужое волнение и беспокойство. Иногда это обозначают как слабость эмоционального резонанса. Недостаток интуиции и сопереживания обуславливает, вероятно, то, что называют холодностью шизоидов. Их поступки могут быть жестокими, что скорее связано с неспособностью вчувствоваться в страдания других, чем желанием получить садистическое наслаждение. К гамме шизоидных особенностей можно добавить неумение убеждать своими словами других (Каменева, 1974).

Внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров. Лишь перед немногими избранными занавес может внезапно приподняться, но никогда не до конца, и столь же неожиданно вновь упасть. Шизоид нередко раскрывается перед людьми

малознакомыми, даже случайными, но чем-то импонирующими его прихотливому выбору. Но он может навсегда остаться скрытой, непонятной вещью в себе для близких или тех, кто знает его много лет. Богатство внутреннего мира свойственно далеко не всем шизоидным подросткам и, конечно, связано с определенным интеллектом или талантом. Поэтому далеко не каждый из них может послужить иллюстрацией слов (Kretschmer, 1921) о подобии шизоидов "лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, но в сумерках которых справляются роскошные пиры". Но во всех случаях внутренний мир шизоидов бывает заполнен увлечениями и фантазиями...

Недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают непонятными и неожиданными для окружения многие поступки шизоидов, ибо все, что им предшествовало, – весь ход переживаний и мотивов – осталось скрытым. Некоторые выходки носят характер чудачества, но, в отличие от истероидов, они не служат цели привлечь в себе всеобщее внимание.

Реакция эмансипации нередко проявляется весьма своеобразно. Шизоидный подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному для него распорядку жизни и режиму, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, увлечений и фантазий. Вместе с тем эмансипационные устремления легко могут оборачиваться социальной неконформностью – негодованием по поводу существующих правил и порядков, насмешками над распространенными вокруг идеалами, духовными ценностями, интересами, злопыхательством по поводу "отсутствия свободы". Подобного рода суждения могут долго и скрытно вынашиваться и неожиданно для окружающих реализоваться в публичных выступлениях или решительных действиях. Зачастую поражает прямолинейная критика других лиц без учета ее последствий для себя.

Как правило, шизоидные подростки стоят особняком от компаний сверстников. Их замкнутость затрудняет вступление в группу, а их неподатливость общему влиянию, общей атмосфере, их неконформность не позволяют ни слиться с группой, ни подчиниться ей. Попав же в подростковую группу, нередко

случайно, они остаются' в ней белыми воронами. Иногда они подвергаются насмешкам и даже жестоким преследованиям со стороны сверстников, иногда же, благодаря своей независимости, холодной сдержанности, неожиданному умению постоять за себя, они внушают уважение и заставляют соблюдать дистанцию. Успех в группе сверстников может оказаться в сфере сокровенных мечтаний шизоидного подростка. В своих фантазиях он творит подобные группы, где занимает положение вождя и любимца, где чувствует себя свободно и легко и получает те эмоциональные контакты, которых не достает ему в реальной жизни.

Реакция увлечения у шизоидных подростков выступает обычно ярче, чем все другие специфические поведенческие реакции этого возраста. Увлечения нередко отличаются необычностью, силой и устойчивостью. Чаще всего приходится встречать интеллектуально-эстетические хобби. Большинство шизоидных подростков любит книги, поглощают их запоем, чтению предпочитают все другие развлечения. Выбор для чтения может быть строго избирательным – только определенная эпоха из истории, только определенный жанр литературы, определенное течение в философии и т. п. Вообще в интеллектуально-эстетических хобби поражает прихотливость выбора предмета. Нам приходилось встречать у современных подростков увлечение санскритом, китайскими иероглифами, древнееврейским языком, срисовыванием порталов соборов и церквей, генеалогией дома Романовых, органной музыкой, сопоставлением конституций разных государств и разных времен и т. д. и т.п. Все это никогда не делается напоказ, а только для себя. Увлечениями делятся, если встречают искренний интерес. Часто таят их, боясь непонимания и насмешек. При менее высоком уровне интеллекта и эстетических притязаний дело может ограничиться менее изысканными, но не менее странными предметами увлечений...

На втором месте стоят хобби мануально-телесного типа. Неуклюжесть, неловкость, негармоничность моторики, нередко приписываемая шизоидам, встречается далеко не всегда, а упорное стремление к телесному совершенствованию может сгладить эти недостатки. Систематические занятия гимнастикой, плавание, велосипед, упражнения йогов сочетаются обычно с отсутствием интереса к коллективным спортивным играм. Место увлечений

могут занимать одинокие многочасовые пешие или велосипедные прогулки. Некоторым шизоидам хорошо даются тонкие ручные навыки – игра на музыкальных инструментах, прикладное искусство – все это также может составить предмет увлечений...

Самооценка шизоидов отличается констатацией того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих. Отношение к другим проблемам оценивается гораздо хуже. Противоречивости своего поведения они обычно не замечают или не придают ей значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность...

ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ТИП

Главными чертами epileптоидного типа являются склонность к дисфориям, и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, иногда достигающее аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике, – от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличают злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло. Аффективные разряды epileптоида лишь при первом впечатлении кажутся внезапными. Их можно сравнить с разрывом парового котла, который прежде долго и постепенно закипает. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты не только очень сильны, но и продолжительны – epileптоид долго не может остыть...

Картина epileптоидной психопатии в части случаев выявляется еще в детстве...

С первых лет такие дети могут подолгу, многими часами плакать и их невозможно бывает ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить. В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением нарочито изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружить садистические склонности – такие дети любят мучить животных, исподтишка избивать и дразнить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор. В детской компании они претендуют не просто на

лидерство, а на роль властелина, устанавливающего свои правила игр и взаимоотношений, диктующего всем и все, но всегда в свою пользу. Можно видеть также недетскую бережливость одежды, игрушек, всего своего". Любые попытки покушаться на их ребячью собственность вызывают крайне злобную реакцию.

В первые школьные годы выступает мелочная скрупулезность в ведении тетрадей, всего ученического хозяйства, но эта повышенная аккуратность превращается в самоцель и может полностью заслонить суть дела, саму учебу.

В подавляющем большинстве случаев картина эпилептоидной психопатии разворачивается лишь в период полового созревания от 12 до 19 лет...

Аффективные разряды могут быть следствием дисфории – подростки в этих состояниях нередко сами ищут повода для скандала. Но аффекты могут быть и плодом тех конфликтов, которые легко возникают у эпилептоидных подростков вследствие их властности, неуступчивости, жестокости и себялюбия. Повод для гнева может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением интересов. В аффекте выступает безудержная ярость – циничная брань, жестокие побои, безразличие к слабости и беспомощности противника и неспособность учесть его превосходящую силу. Эпилептоидный подросток в ярости способен наотмашь по лицу ударить престарелую бабушку, столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься с кулаками на заведомо более сильного обидчика. В драке обнаруживается стремление бить противника по гениталиям. Вегетативный аккомпанемент аффекта также ярко выражен – в гневе лицо наливается кровью, выступает пот и т. д.

Инстинктивная жизнь в подростковом возрасте оказывается особенно напряженной. Сексуальное влечение пробуждается с силой. Однако свойственная эпилептоидам повышенная забота о своем здоровье, "страх заразы" до поры до времени сдерживают случайные связи, заставляют отдать предпочтение более или менее постоянным партнерам. Любовь у представителей этого типа почти всегда бывает окрашена мрачными тонами ревности. Измен как действительных, так и мнимых, они никогда не прощают. Невинный флирт трактуется как тяжкое предательство...

Реакция эмансипации у эпилептоидных подростков нередко протекает очень тяжело. Дело может доходить до полного разрыва с родными, в отношении которых выступает крайняя озлобленность и мстительность. Эпилептоидные подростки не только требуют свободы, самостоятельности, избавления от власти, но и "прав", своей доли имущества, жилища, материальных благ. При конфликтах с матерью и отцом они могут держаться за бабушек и дедушек, которые их балуют, о них заботятся, им потакают. В отличие от представителей других типов, эпилептоидные подростки не склонны генерализовывать реакцию эмансипации с родителей на все старшее поколение, на существующие обычаи и порядки. Наоборот, перед начальством они бывают готовы на угодничество, если ждут поддержки или каких-либо выгод для себя.

Реакция группирования со сверстниками тесно сопряжена со стремлением к властвованию, поэтому охотно выискивается компания из младших, слабых, безвольных, не способных дать отпор. В группе такие подростки хотят установить свои порядки, выгодные для них самих. Симпатиями они не пользуются, и их власть держится на страхе перед ними. Они чувствуют себя нередко на высоте в условиях жесткого дисциплинарного режима, где умеют угодить начальству, добиться определенных преимуществ, завладеть формальными постами, дающими в их руки определенную власть, установить диктат над другими и использовать свое положение к собственной выгоде. Их боятся, но постепенно против них зреет бунт, в какой-то момент их "подводят" и они оказываются низринутыми со своего начальственного пьедестала.

Реакция увлечения обычно бывает выражена достаточно ярко. Почти все эпилептоиды отдают дань азартным играм. В них пробуждается почти инстинктивная тяга к обогащению. Коллекционирование их привлекает также прежде всего материальной ценностью собранного. В спорте заманчивым кажется то, что позволяет развить физическую силу. Подвижные коллективные игры даются им плохо. Совершенствование ручных навыков, особенно если это сулит определенные материальные блага (прикладное искусство, ювелирная работа и т. п.), также может оказаться в сфере увлечений. Многие из них любят музыку и

пение. В отличие от истероидов охотно занимаются ими наедине, получая от своих упражнений какое-то особое чувственное удовольствие...

Самооценка эпилептоидных подростков носит однобокий характер. Как правило, они отмечают склонность к мрачному расположению духа, свои соматические особенности – крепкий сон и трудность пробуждений, любовь сытно и вкусно поесть, силу и напряженность сексуального влечения, отсутствие застенчивости и даже свою склонность к ревности. Они подмечают свою осторожность к незнакомому, приверженность к правилам, аккуратности и порядку, нелюбовь пустых мечтаний и предпочтение жить реальной жизнью. В остальном, в особенности во взаимоотношениях с окружающими, они представляют себя значительно более конформными, чем это есть на самом деле...

ИСТЕРОИДНЫЙ ТИП

Его главная черта – беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. На худой конец предпочитается даже негодование или ненависть, направленные в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие – только не перспектива остаться незамеченным ("жаждущие повышенной оценки", по Schneider, 1923). Все остальные качества истероида питаются этой чертой. Внушаемость, которую нередко выдвигают на первый план, отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или само внушение не льют воду на мельницу эгоцентризма. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашение своей персоны. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности, склонности к рисовке и позерству.

Истероидные черты нередко намечаются с ранних лет (Юсевич, 1934; Певзнер, 1941; Michaux, 1952; Сухарева, 1959). Такие дети не выносят, когда при них хвалят других ребят, когда другим уделяют внимание. Игрушки им быстро надоедают. Желание привлечь к себе взоры, слушать восторги и похвалы становится насущной потребностью. Они охотно перед зрителями читают стихи, танцуют, поют и многие из них действительно обнаруживают

неплохие артистические способности. Успехи в учебе в первых классах во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим...

Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков на первое место следует поставить суицидальность. Речь идет о несерьезных попытках, демонстрациях, «псевдосуицидах», «суицидальном шантаже»...

Способы при этом избираются либо безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки), либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими (приготовление к повешению, изображение попытки выпрыгнуть из окна или броситься под транспорт на глазах у присутствующих и т. п.).

Обильная суицидальная "сигнализация" нередко предшествует демонстрации или сопровождает ее: пишутся различные прощальные записки, делаются "тайные" признания приятелям, записываются "последние слова" на магнитофоне и т. п.

Нередко причиной, толкнувшей истероидного подростка на "суицид", называется неудачная любовь. Однако часто удается выяснить, что это лишь романтическая завеса или просто выдумка. Действительной причиной обычно служат уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников, лишиться ореола "избранника". Конечно, отвергнутая любовь, разрыв, предпочтение соперника или соперницы наносят чувствительный удар по эгоцентризму истероидного подростка, особенно если все события разворачиваются на глазах приятелей и подруг. Сама же суицидальная демонстрация с переживаниями окружающих, суетой, скорой помощью, любопытством случайных свидетелей дает немалое удовлетворение истероидному эгоцентризму...

Свойственное истероидам "бегство в болезнь", изображение необычных таинственных заболеваний принимают иногда в среде некоторых подростковых компаний, в частности подражающих западным "хиппи", новую форму, выражаясь стремлением попасть в психиатрическую больницу и тем заполучить в подобной среде репутацию необычности. Для достижения этой цели используется

разыгрывание роли наркомана, суицидальные угрозы и, наконец, жалобы, почерпнутые из учебников психиатрии, причем разного рода деперсонализационно-дереализационные симптомы и циклические колебания настроения пользуются особой популярностью.

Алкоголизация или употребление наркотиков у истероидных подростков также иногда носит демонстративный характер...

У истероидных подростков сохраняются черты детских реакций оппозиции, имитации и др. Чаще всего приходится видеть реакцию оппозиции на утрату или уменьшение привычного внимания со стороны родных, на потерю роли семейного кумира. Проявления реакции оппозиции могут быть теми же, что и в детстве, – уход в болезнь, попытки избавиться от того, на кого внимание переключилось (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом), но чаще эта детская реакция оппозиции выявляется подростковыми нарушениями поведения. Выпивки, знакомство с наркотиками, прогулы, воровство, асоциальные компании предназначаются для того, чтобы просигнализировать: "Верните мне прежнее внимание, иначе я сойду с пути!" Реакция имитации может многое определять в поведении истероидного подростка. Однако модель, избранная для подражания, не должна заслонять саму подражающую персону. Поэтому для имитации избирается образ абстрактный или лицо, пользующееся популярностью среди подростков, но не имеющее непосредственного контакта с данной группой ("кумир моды"). Иногда же подражание зиждется на собирательном образе: в погоне за оригинальностью воспроизводятся сногшибательные высказывания одних, необычная одежда других, вызывающая манера вести себя третьих и т. п.

Выдумки подростков-истероидов отчетливо разнятся от фантазий шизоидов. Истероидные фантазии изменчивы, всегда предназначены для определенных слушателей и зрителей, подростки легко вживаются в роль, ведут себя соответственно своим выдумкам...

Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления: побеги из дому, конфликты с родными и старшими, громогласные требования свободы и самостоятельности и т. п. Однако по сути

дела настоящая потребность свободы и самостоятельности вовсе не свойственна подросткам этого типа – от внимания и забот близких они совсем не жаждут избавиться. Эмансипационные устремления часто сползают на рельсы детской реакции оппозиции.

Реакция группирования со сверстниками всегда сопряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Не обладая ни достаточной стеничностью, ни бестрепетной готовностью в любой момент силой утвердить свою командную роль, подчинить себе других, истероид рвется к лидерству доступными для него путями. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения группы, еще назревающих в ней порой неосознанных желаний и стремлений, истероиды могут быть их первыми выразителями, выступать в роли зачинщиков и зажигателей. В порыве, в экстазе, воодушевленные обращенными на них взглядами, они могут повести за собой других, даже проявить безрассудную смелость. Но они всегда оказываются вожаками на час – перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко предают, лишены восхищенных взоров, сразу теряют весь задор. Главное, группа вскоре распознает за внешними эффектами их внутреннюю пустоту. Это осуществляется особенно быстро, когда истероидные подростки добиваются лидерской позиции, "пуская пыль в глаза" историями о своих былых удачах и приключениях. Все это ведет к тому, что истероидные подростки не склонны слишком долго задерживаться в одной и той же подростковой группе и охотно устремляются в новую, чтобы начать все сначала. Если от истероидного подростка слышишь, что он разочаровался в своих приятелях, можно смело полагать, что те "раскусили" его...

Увлечения почти целиком сосредоточиваются в области эгоцентрического типа хобби...

Предпочитаются те виды искусства, которые наиболее модны среди подростков своего круга (в настоящее время чаще всего джазовые ансамбли, эстрада) или поражают своей необычностью (например, театр мимов)...

Подражание йогам и хиппи представляет в этом отношении особенно благодатную почву...

Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Подчеркиваются те черты характера, которые в данный момент могут произвести впечатление...

НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП

Краерелин (1915) назвал представителей этого типа безудержными, неустойчивыми (При сходстве названий "лабильный" и "неустойчивый" следует указать на то, что первое относится к эмоциональной сфере, а второе – к поведению). Schneider (1923) и Stutte (1960) более подчеркнули в своих названиях недостаток воли ("безвольные", "слабовольные"). Их безволие отчетливо выступает, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей и долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество. Однако в поиске развлечений представители этого типа также не обнаруживают напористости, а скорее плывут по течению.

В детстве они отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваиваются с трудом. За ними все время приходится следить. У части из них встречаются симптомы невропатии (заикание, ночной анурез и т. д.).

С первых классов школы нет желания учиться. Только при непрестанном и строгом контроле, нехотя подчиняясь, они выполняют задания, всегда ищут случая отлынивать от занятий. Вместе с тем рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью. Они убегают с уроков в кино или просто погулять по улице. Подстрекаемые более стеничными сверстниками, могут ради компании сбежать из дома. Все дурное словно липнет к ним. Склонность к имитации у неустойчивых подростков отличается избирательностью: образами для подражания служат лишь те модели поведения, которые сулят немедленные наслаждения, смену легких впечатлений, развлечения. Еще детьми они начинают курить. Легко идут на мелкие кражи, готовы все дни проводить в уличных компаниях. Когда же они становятся подростками, то прежние развлечения, вроде кино, их уже не удовлетворяют, и они дополняют их более

сильными и острыми ощущениями – в ход идут хулиганские поступки, алкоголизация, наркотики...

С наступлением пубертатного периода такие подростки стремятся высвободиться из-под родительской опеки. Реакция эмансипации у неустойчивых подростков тесно сопряжена все с теми же желаниями удовольствия и развлечения. Истинной любви к родителям они никогда не питают. К бедам и заботам семьи относятся с равнодушием и безразличием. Родные для них – лишь источник средств для наслаждений.

Неспособные сами занять себя, они очень плохо переносят одиночество и рано тянутся к уличным подростковым группам. Трусовость и недостаточная инициативность не позволяют им занять в них место лидера. Обычно они становятся орудиями таких групп. В групповых правонарушениях им приходится таскать каштаны из огня, а плоды пожинают лидер и более стеничные члены группы.

Их увлечения целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби, да азартными играми. К спорту они испытывают отвращение. Только автомашина и мотоцикл сохраняют заманчивость как источник почти гедонического наслаждения бешеной скоростью с рулем в руках. Но упорные занятия и здесь отталкивают их...

Учеба легко забрасывается. Никакой труд не становится привлекательным. Работают они только в силу крайней необходимости. Поражает их равнодушие к своему будущему, они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или о каком-либо положении для себя. Они целиком живут настоящим, желая извлечь из него максимум развлечений и удовольствий. Трудности, испытания, неприятности, угроза наказаний – все это вызывает одинаковую реакцию – убежать подальше.

Побеги из дому и интернатов – нередкий поступок неустойчивых подростков...

Слабоволие является, видимо, одной из основных черт неустойчивых. Именно слабоволие позволяет удержать их в обстановке сурового и жестко регламентированного режима. Когда же за ними непрерывно следят, не позволяют отлынивать от

работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда, да и вокруг все работают – они на время смиряются. Но как только опека начинает ослабевать, они немедленно устремляются в ближайшую "подходящую компанию". Слабое место неустойчивых – безнадзорность, обстановка попустительства, открывающая просторы для праздности и безделья.

Самооценка неустойчивых подростков нередко отличается тем, что они приписывают себе либо гипертимные, либо конформные черты.

КОНФОРМНЫЙ ТИП

П. Б. Ганнушкин (1933) метко обрисовал некоторые черты этого типа – постоянную готовность подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к ходячей морали, благонравию, консерватизму, однако он неудачно связал данный тип с низким интеллектом. В действительности дело вовсе не в интеллектуальном уровне. Подобные субъекты нередко хорошо учатся, получают высшее образование, при определенных условиях с успехом работают.

Главная черта характера этого типа – постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному привычному окружению...

Этим личностям свойственны недоверие и настороженное отношение к незнакомцам. Как известно, в современной социальной психологии под конформностью принято понимать подчинение индивидуума мнению группы в противоположность независимости и самостоятельности. В разных условиях каждый субъект обнаруживает ту или иную степень конформности. Однако при конформной акцентуации характера это свойство постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой.

Представители конформного типа – это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило – думать "как все", поступать "как все", стараться, чтобы все у них было "как у всех" – от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждений по животрепещущим вопросам. Под "всеми" подразумевается обычное непосредственное окружение. От него они не хотят ни в

чем отстать, но и не любят выделяться, забегать вперед. Это особенно проступает на примере отношения к модам одежды. Когда появляется какая-нибудь новая необычная мода, нет более ярких ее хулителей, чем представители конформного типа. Но как только их среда осваивает эту моду, скажем брюки или юбки соответствующей длины и ширины, как они сами облачаются в такую же одежду, забывая о том, что говорили два-три года назад. В жизни они любят руководствоваться сентенциями и в трудных ситуациях склонны в них искать утешение ("утраченного – не воротишь" и т. п.). Стремясь всегда быть в соответствии со своим окружением, они совершенно не могут ему противостоять. Поэтому конформная личность – полностью продукт своей микросреды. В хорошем окружении – это неплохие люди и неплохие работники. Но, попав в дурную среду, они со временем усваивают все ее обычаи и привычки, манеры и правила поведения, как бы все это ни противоречило предыдущим и как бы пагубным ни было. Хотя адаптация у них первое время происходит довольно тяжело, но когда она осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, как раньше была прежняя. Поэтому конформные подростки "за компанию" легко спиваются, могут быть втянуты в групповые правонарушения.

Конформность сочетается с поразительной не критичностью. Все, что говорит привычное для них окружение, все, что они узнают через привычный для них канал информации, – это для них и есть истина. И если через этот же канал начинают поступать сведения, явно не соответствующие действительности, они по-прежнему их принимают за чистую монету.

Ко всему этому конформные субъекты – консерваторы по натуре. Они не любят новое, потому что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в новой ситуации...

От еще одного качества зависит их профессиональный успех. Они – неинициативны. Очень хорошие результаты могут достигаться на любой ступени социальной лестницы, лишь бы работа, занимаемая должность не требовали бы постоянной личной инициативы. Если именно этого от них требует ситуация, они дают срыв на любой, самой незначительной должности, выдерживая гораздо более

высококвалифицированную и даже напряженную работу, если она четко регламентирована.

Опекаемое взрослыми детство не дает чрезмерных нагрузок для конформного типа...

Они совсем не склонны менять свою подростковую группу, в которой свыклись и освоились. Нередко решающим в выборе учебного заведения является то, куда идет большинство товарищей. Одной из самых тяжелых психических травм, которая, по-видимому, для них существует, – это когда привычная подростковая группа почему-либо их изгоняет...

Лишенные собственной инициативы конформные подростки могут быть втянуты в групповые правонарушения, в алкогольные компании, подбиты на побег из дому или науськаны на расправу с чужаками.

Реакция эмансипации ярко проявляется только в случае, если родители, педагоги, старшие отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, если они противодействуют его желанию "быть как все", перенять распространенные подростковые моды, увлечения, манеры, намерения. Увлечения конформного подростка целиком определяются его средой и модой времени.

Самооценка характера конформных подростков может быть неплохой...

Смешанные типы. Эти типы составляют почти половину случаев явных акцентуаций. Их особенности нетрудно представить на основании предыдущих описаний. Встречающиеся сочетания не случайны. Они подчиняются определенным закономерностям. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других – практически никогда. Существуют два рода сочетаний.

Промежуточные типы обусловлены эндогенными закономерностями, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся уже описанные лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, а также сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, астено-невротического с

сенситивным и психастеническим. Сюда же могут быть отнесены такие промежуточные типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, истероидно-эпилептоидный. В силу же эндогенных закономерностей возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы – это тоже смешанные типы, но иного рода. Они формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных хронически действующих психогенных факторов. Здесь также возможны далеко не все, а лишь некоторые наслоения одного типа на другой. Подробнее эти явления рассматриваются в главе о психопатических развитиях. Здесь же следует отметить, что гипертимно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы представляют собой присоединение неустойчивых или истероидных черт к гипертимной основе. Лабильно-истероидный тип обычно бывает следствием наслоения и истероидности на эмоциональную лабильность, а шизоидно-неустойчивый и эпилептоидно-неустойчивый – неустойчивости на шизоидную или эпилептоидную основу. Последнее сочетание отличается повышенной криминогенной опасностью. При истероидно-неустойчивом типе неустойчивость является лишь формой выражения истероидных черт. Конформно-неустойчивый тип возникает как следствие воспитания конформного подростка в асоциальном окружении. Развитие эпилептоидных черт на основе конформности возможно, когда подросток вырастает в условиях жестких взаимоотношений. Другие сочетания практически не встречаются.

Краткое описание типов акцентуаций по Личко А.Е.

Тип акцентуации	Характеристика
Гипертимный	Веселый, активный, оптимистичный, уверенный в себе, стремится к лидерству,

	<p>находчивый, предприимчивый. Минусы: легкомысленный, неусидчивый, невнимательный, не достаточно ответственно относится к своим обязанностям, бывает раздражителен.</p>
<p>Лабильный</p>	<p>Хорошо развита эмпатия, чувствует эмоции окружающих и их отношение к себе. Испытывает сильные перепады настроения по незначительным поводам. Нуждается в поддержке близких.</p>
<p>Циклоидный</p>	<p>Циклически меняющиеся спады и подъемы настроения. Периодичность составляет несколько недель. В периоды подъема общительный, энергичный, радостный, энергичный. В период спада – апатичный, раздражительный, грустный.</p>
<p>Астено-невротический</p>	<p>Дисциплинированный, аккуратный. Отмечается повышенная психическая утомляемость, которая делает человека раздражительным и чрезмерно заботящимся о своем здоровье.</p>
<p>Психастенический (тревожно-мнительный)</p>	<p>Интеллектуально развит. Склонен к размышлениям, самоанализу, оценке своих действий и поступков окружающих. Завышенная самооценка сочетается с нерешительностью. В кризисные моменты может совершать необдуманные поступки. Минусы: мелочен, деспотичен, склонен к развитию навязчивых действий.</p>
<p>Сензитивный</p>	<p>Высокая чувствительность к радостным и</p>

(чувствительный)	пугающим моментам. Послушный, усидчивый, ответственный, спокойный, предъявляет высокие моральные требования к себе и другим. Минусы: малообщителен, мнителен, плаксив, тяжело адаптируется в новом коллективе.
Эпилептоидный (инертно-импульсивный)	Стремится к лидерству, любит устанавливать правила, пользуется авторитетом у руководства и среди сверстников. Хорошо переносит условия жесткой дисциплины. Минусы: может обижать слабых, устанавливает жестокие порядки, раздражительный.
Шизоидный (интровертированный)	Замкнутый, предпочитает одиночество или общение со старшими. Минусы: равнодушен, не способен проявлять сочувствие и сопереживать.
Неустойчивый	Общительный, открытый, обходительный, стремится к развлечениям. Минусы: лень, нежелание работать и учиться. Склонен к потреблению алкоголя, наркотиков, к азартным играм.
Истероидный (демонстративный)	Артистичный, импульсивный, инициативный, общительный, любит внимание, стремится занять лидирующее положение, но не способен добиться авторитета. Минусы: эгоцентричен, склонен ко лжи. Поведение отличается неестественностью и наигранностью.

Конформный	Отсутствует критичность и инициативность, склонен подчиняться мнению со стороны. Стремится не отличаться от остальных членов группы. В угоду группе может совершать неблагоприятные поступки, при этом склонен оправдывать себя.
Паранояльный	Характерные черты развиваются к 30 годам. В детстве проявляет себя как подросток с эпилептоидной или шизоидной акцентуацией. Самооценка значительно завышена, появляются идеи о своей исключительности и гениальности.
Эмоционально-лабильный	Страдает от частых и сильных перепадов настроения, нуждается в поддержке, хорошо чувствует отношение людей к себе. Минусы: эмоционально неустойчив.

Краткая схема для простого запоминания акцентуаций по Личко А.Е.

Типология акцентуаций характера по А.Е. Личко			
Гипертимный Повышенное настроение и жизненный тонус, неустойчивая активность и жажда общения.	Циклоидный Человек переживает циклические изменения настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением.	Лабильный Такие люди имеют богатую чувственную сферу, они весьма чувствительны к знакам внимания.	Астено-невротический Повышенная утомляемость и раздражительность.
Сенситивный Такие люди весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, застенчивостью.	Психастенический Тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии.	Шизоидный Замкнутость индивида, отторженность от других людей.	Эпилептоидный Возбудимость, напряженность и авторитарность индивида.
Истероидный Ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. vk.com/forwriters	Неустойчивый Лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность. Тяга к развлечениям, безделью.	Конформный Стремится «думать, как все». Не переносит крутых перемен, лишения привычного окружения.	А.Е. Личко советский психиатр, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук



Закончил Военный университет с отличием и получил диплом психолога в Санкт-Петербурге. В дальнейшем, продолжая свое обучение и практику работы психолога, стал сертифицированным специалистом по лечебным внушениям, транссуггестивной терапии, гипнотерапии.

Имеет богатый опыт психологического консультирования и психотерапии (с 2006 года).

AntonovPsy.ru